



• • • • •

Nikkari, Paula

Laurea—ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

## Potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jäl- keisestä fysioterapiahjauksesta

Minna Muñoz  
Paula Nikkari  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2010

Minna Muñoz, Paula Nikkari

**Potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapiaohjauksesta**

Vuosi	2010	Sivumäärä	67
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapiaohjauksesta. Yleisin indikaatio lonkan tekonivelleikkaukselle on nivelriikko. Fysioterapeuttinen ohjaus on osa tekonivelleikkausprosessia, ja sen tavoitteena on tukea potilaan liikunta- ja toimintakykyä, omatoimisuutta sekä selviytymistä kotona leikkauksen jälkeen.

Fysioterapeuttinen ohjaus yleisesti ja lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen ovat vähän tutkittuja aiheita. Asiakaslähtöisyys on nykyään keskeinen käsite fysioterapiaohjauksessa. Tiedon saaminen potilaiden käsityksistä ja kokemuksista ohjaukseen liittyen on tärkeää, jotta asiakaslähtöisyys voisi toteutua paremmin.

Opinnäytetyön yhteistyökumppaneita ovat Laurea-ammattikorkeakoulun lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) sekä Jyväskylän yliopisto. Opinnäytetyön haastatteluun osallistui yhdeksän tekonivelleikkauksessa ollutta potilasta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lonkan tekonivelleikkauksen fysioterapiaohjauksen kehittämiseksi potilaan tarpeita vastaavaksi.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on laadullinen, ja aineiston hankintamenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelun teemat luotiin yhdessä työelämän edustajien kanssa. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset voidaan jakaa neljään pääluokkaan: varmuuden saanti liikkumisesta, toimiva vuorovaikutus, potilaan huomiointi ja tyytyväisyys ohjaukseen. Tulosten perusteella potilaat ovat tyytyväisiä ja suhtautuvat myönteisesti lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen fysioterapiaohjaukseen. Potilaat kokivat saavansa varmuuden liikkumisesta ohjauksen myötä. Vuorovaikutus potilaan ja fysioterapeutin välillä oli potilaiden mielestä toimivaa. Potilaat kokivat myös tulleen huomioiduiksi ohjauksessa. Ohjaus oli heidän mielestään yksilöllistä, ja se vastasi heidän tarpeisiinsa.

Saatujen tulosten perusteella voidaan päätellä, että lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapiaohjaus on ollut potilaan näkökulmasta onnistunutta. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia ohjauksen sisältöä ja sen vastaavuutta tutkittuun tietoon sekä fysioterapeutin näkökulmaa fysioterapiaohjauksesta verraten sitä potilaan näkökulmaan.

Asiasanat: Ohjaus, asiakaslähtöisyys, lonkan tekonivelleikkaus, fysioterapia

Minna Muñoz, Paula Nikkari

**Patients' conceptions of physiotherapy counselling after hip arthroplasty**

Year	2010	Pages	67
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor's Thesis is to find out how patients conceive the post-operative physiotherapy counselling after a total hip arthroplasty (THA). Hip arthroplasty is a common operation, the main indication being osteoarthritis. Physiotherapy counselling has established its place in the operation process, aiming to support the patient's mobility and functioning ability, independence and coping at home after the operation.

There is not much research about physiotherapy counselling in general or regarding hip arthroplasty. Currently client-centred counseling is an essential concept in physiotherapy. In client-centred therapy gaining knowledge of a patient's experiences and conceptions is important.

This Bachelor's Thesis is a part of a research project involving Laurea University of Applied Sciences, Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUCH) and University of Jyväskylä. The subjects in the thesis are nine patients that had gone through THA. The aim of the Thesis is to gain knowledge that can be used to develop physiotherapy counseling of THA in order to respond to patients' needs.

The research method in this thesis is qualitative, the information being gathered via thematic interviews. Themes for the interviews were created in co-operation with the personnel of the hospital that was involved in the project. The gathered information was analyzed using inductive content analysis.

The findings of this study can be divided into four categories: certainty about moving, functioning interaction, considering the patient and satisfaction to counselling. The findings indicate that hip arthroplasty patients' conceptions of the post-operative physiotherapy counselling are positive and the patients are satisfied in general. Patients experienced that physiotherapy guidance helped them to become secure of their ability to move. They also experienced that interaction between the physiotherapist and the patient was working well and that they were considered. They found the counseling to be individual and responding to their needs.

The conclusion of this thesis is that at the time of discharge hip arthroplasty patients are satisfied with the physiotherapy counselling. In the future an interesting research subject could be to compare post-operative physiotherapy counselling with evidence based data and to compare the patients' and the therapists' views on the counselling.

Keywords: counselling, client-centeredness, hip arthroplasty, physiotherapy

## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Teoreettinen viitekehys .....	8
3	Ohjaus .....	9
3.1	Asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät.....	10
3.1.1	Fyysiset taustatekijät.....	11
3.1.2	Psyykkiset taustatekijät.....	11
3.1.3	Sosiaaliset taustatekijät .....	12
3.2	Fysioterapeuttinen ohjaus .....	12
3.3	Osallistava tavoitteenasettelu.....	13
3.4	Ohjaustavat .....	15
3.5	Vuorovaikutteisuus .....	16
3.5.1	Dialogi ohjauksen kommunikointimenetelmänä .....	19
3.5.2	Tasavertaisuus .....	20
4	Asiakaslähtöisyys .....	21
4.1	Kliinisestä lähestymistavasta kohti asiakaslähtöisyyttä.....	22
4.2	Valtaistuminen .....	24
4.3	Ajan, huomion ja kunnioituksen antaminen .....	24
4.4	Tiedon saaminen ja antaminen.....	26
5	Lonkan tekonivelleikkaus ja postoperatiivinen fysioterapia.....	27
5.1	Lonkan tekonivelleikkaus.....	28
5.2	Postoperatiivinen sairaalavaiheen fysioterapia .....	29
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävä.....	32
7	Tutkimusmenetelmä .....	32
7.1	Laadullinen tutkimus .....	33
7.2	Aineiston hankinta .....	34
7.3	Aineiston analyysi.....	36
8	Tulokset .....	39
8.1	Varmuuden saanti liikkumisesta.....	39
8.1.1	Rohkaiseva ohjaus.....	40
8.1.2	Oikeaa liikkumista tukeva ohjaus .....	41
8.1.3	Tiedon saaminen .....	41
8.2	Toimiva vuorovaikutus .....	42
8.2.1	Vastausten saaminen .....	42

8.2.2	Palautteen saaminen .....	43
8.2.3	Ohjauksen selkeys .....	43
8.2.4	Yhteisymmärrys .....	44
8.3	Potilaan huomiointi .....	44
8.3.1	Kiireetön ohjaus .....	45
8.3.2	Ohjauksen yksilöllisyys .....	45
8.3.3	Kuulluksi tuleminen .....	46
8.4	Tyytyväisyys ohjaukseen .....	46
8.4.1	Hyvä ohjaus .....	47
8.4.2	Luottamus ohjaukseen .....	47
8.4.3	Ohjauksen tarpeellisuus .....	48
8.5	Yhteenveto tuloksista .....	48
9	Pohdinta .....	50
9.1	Tulosten tarkastelu .....	50
9.2	Eettisyys .....	54
9.3	Luotettavuus .....	56
9.4	Jatkotutkimusaiheet .....	58
	Lähteet .....	60
	Liitteet .....	65
	Liite 1 Haastatteluteemat .....	65
	Liite 2 Tiedote .....	66
	Liite 3 Suostumuslomake .....	67

## 1 Johdanto

Suomessa tehdään vuosittain noin 90 lonkan tekonivelleikkausta 100 000 asukasta kohti lonkan nivelrikon vuoksi. Yleisimpiä indikaatioita leikkaukseen lonkan nivelrikon ohella ovat nivelreuma ja murtumien jälkitilat. (Heliövaara, Slätis & Paavolainen 2008, 1869.) Tavallisesti tekonivelleikkaukseen päädytään, kun konservatiivisesta hoidosta ei ole enää apua. Lonkan tekonivelleikkauksen tarkoituksena on vähentää kipua, helpottaa liikkumista sekä parantaa elämänlaatua. Suurin osa tekonivelleikkauksista tehdään 65 vuotta täyttäneille. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 93–94; Roberts, Alhava, Höckerstedt & Kivilaakso 2004, 794.)

Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapian tavoitteena on tukea potilaan liikunta- ja toimintakykyä, omatoimisuutta sekä leikkauksen jälkeistä kotona selviytymistä. Omatoimisuutta ja varhaista mobilisaatiota tuetaan, jotta potilaat voisivat kotiutua hoidon tavoiteajan puitteissa ja selviytyä kotona omatoimisesti leikkauksen jälkeen. (HYKS 2008.) Fysioterapiassa potilaalle ohjataan progressiivista leikkauksen jälkeistä liike- ja liikuntaharjoittelua. Fysioterapeuttinen ohjaus koostuu alaraajojen lihasvoimaa ja liikkuvuutta parantavista harjoitteista sekä tasapainoa varmentavista harjoitteista. Harjoitusten tavoitteena on siirtymisen ja kävelyn varmentuminen sekä fyysisen toimintakyvyn parantuminen. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutuksen on todettu jo sairaalavaiheessa nopeuttavan toiminta- ja kävelykyvyn paranemista. Sairaalavaiheen jälkeinen intensiivinen fysioterapiajakso saattaa edelleen kohentaa toimintakykyä. (Kettunen 2009.)

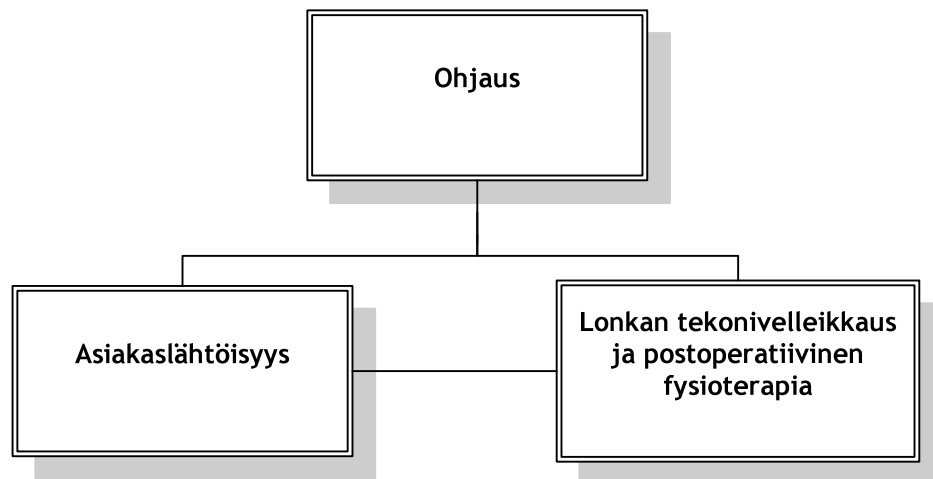
Tämä opinnäytetyö on osa suurempaa etnograafista seurantatutkimusta, jonka yhteistyökumppanit ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Laurea-ammattikorkeakoulu ja Jyväskylän yliopisto. Tutkimushankkeen tavoitteena on seurata potilaan ohjausta ja ohjauksen vaikutusta potilaan elämään leikkauksen päättökseen saamisesta aina leikkauksesta kotiutumiseen saakka. Tutkimus jakautuu kahteen osaan, josta toinen kohdentuu lasten ja nuorten fysioterapian potilasohjaukseen, ja toinen aikuisten ortopedisen fysioterapian potilasohjaukseen.

Aikuisten ortopedisen potilasohjauksen tutkimus jakautuu kolmeen osaan: preoperatiiviseen vaiheeseen, sairaalavaiheeseen sekä postoperatiiviseen vaiheeseen. Kustakin osiosta vastaa yksi opiskelijapari. Kukin opiskelijapari tekee omasta osiostaan erillisen poikittaisen opinnäytetyön. Nämä opinnäytetyöt ja opinnäytetyöaineisto tulevat tutkimusryhmän käyttöön myös pitkittäistä analyysia varten. Tämä opinnäytetyö koskee aikuisten ortopedisen fysioterapian potilasohjauksen tutkimusta, ja keskittyy potilaiden käsityksiin ja kokemuksiin lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapiaohjauksesta sairaalavaiheessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapia ohjaus on potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tulosten avulla tietoa, jota voidaan hyödyntää lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapiaohjauksen kehittämiseksi potilaan tarpeita vastaavaksi.

## 2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet on koottu kuvioon 1. Näitä ovat ohjaus, asiakaslähtöisyys sekä lonkan tekonivelleikkaus ja postoperatiivinen fysioterapia. Tämän työn fokuksessa on ohjaus.



Kuvio 1 Teoreettinen viitekehys

Ohjaukseen liittyen tässä työssä käsitellään fysioterapeuttista ohjausta, asiakkaan ja ohjaajan taustatekijöitä, osallistavaa tavoitteenasettelua, erilaisia ohjaustapoja sekä vuorovaikutteisuutta. Asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät on jaettu sosiaalisiin, fyysisiin ja psyykkisiin taustatekijöihin. Vuorovaikutteisuuden alla käsitellään dialogia ohjauksen kommunikointimenetelmänä ja tasavertaisuutta.

Asiakaslähtöisyyteen liittyen käsitellään muutosta kliinisestä lähestymistavasta kohti asiakaslähtöisyyttä, valtaistumista, ajan, huomion ja kunnioituksen antamista sekä tiedon saamista ja antamista. Lonkan tekonivelleikkauksen indikaatiot ja leikkaustekniikka käsitellään tässä työssä pintapuolisesti. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta käsitellään sairaalavaiheen postoperatiivista fysioterapiaa sen ollessa opinnäytetyömme fokuksessa.



### 3 Ohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex 1992) velvoittaa antamaan potilaalle riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa, jotta potilas kykenee osallistumaan häntä koskevaan päätöksentekoon. Tietoa potilas saa potilasohjauksen avulla. Potilasohjauksen lähtökohtana on potilaskeskeisyys ja sellaisen tiedon anto, joka tukee potilaan voimavaraistumista. Potilaskeskeisyys edellyttää kunnioittamista, arvostamista ja yksilöllistä huomioimista. Potilaan kokemukset ovat arvokkaita potilasohjauksen kehittämisessä. (Montin 2008, 5.)

Sanakirjan määritelmässä sanasta ohjaus korostuvat ohjauksen perinteet eli asiakkaan passiivinen rooli, ohjaajan asiantuntemus ja yksilöohjaus. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) Käsite ohjaus- ja neuvontatyö on Suomessa vakiintumassa käännökseksi englannin kielen sanaparista ”counseling and guidance”. Ohjauksella ja neuvonnalla tarkoitetaan niitä ammatillisia käytäntöjä, joiden tarkoituksena on auttaa asiakasta toteuttamaan itseään elämässä. (Lahikainen 2000, 259.)

Ohjaus määritellään tänä päivänä muun muassa ohjauksen antamiseksi tai ohjauksen alaisena toimimiseksi. Ohjauksen synonyymejä ovat esimerkiksi koulutus, kasvatus ja valmennus. Ohjauksella voidaan tarkoittaa myös asiakkaan johtamista tai johdattamista johonkin, sekä hänen toimintaansa vaikuttamista. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Nupponen (1998) määrittää ohjauksen sellaiseksi työn muodoksi, joka edellyttää molempien osapuolien aktiivista osallistumista. Hänen mukaansa ohjausprosessi edellyttää, että molemmat osapuolet ottavat vastavuoroiset toisiaan täydentävät roolit, joissa molemmilla on oma erityinen tehtävänsä. Ohjaaja on vastuussa hyvän suhteen luomisesta ja vuorovaikutuksen edistämisestä sekä ohjauksen etenemisestä. Asiakas puolestaan tuo keskusteluun huolen aiheensa, kokeilee annettuja ehdotuksia käytännössä ja kertoo saamistaan kokemuksista. Roolit eivät ole täysin pysyviä, vaan ajan myötä painotukset yleensä muuttuvat. (Nupponen 1998, 63.)

Ohjaus on tavoitteellista toimintaa. Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä haluamallansa tavalla. Asiakas nähdään aktiivisena ongelmanratkaisijana ohjauksessa. Ohjaajan tulee tukea asiakasta päätöksenteossa, mutta välttää esittämästä valmiita ratkaisuja. Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa ja se sisältää tiedonantoa. Ohjaussuhteen tulisi olla tasa-arvoinen ja vuorovaikutteinen. Ohjaus voidaan siis määritellä asiakkaan ja ohjaajan väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on paljolti sidoksissa heidän taustatekijöihin. (Kyngäs ym. 2007, 25–26; Nupponen 1998, 63.)

Ohjauksen kannalta oleellista on asiakkaan halu muuttua. Ohjauksen tuloksellisuuden edellytyksenä on, että ohjauksen avulla saadaan aikaan jonkinlainen muutos. Joskus asiakas saattaa

kuitenkin odottaa, että ohjaaja jollain tavalla muuttaisi häntä. Oleellista ohjauksen onnistumisen kannalta on kuitenkin, että asiakkaan kykenee itse saamaan aikaan muutoksen itsensä. Ohjaaja voi auttaa asiakasta tunnistamaan ne asiat, jotka hänen tulee tehdä, joiden tekemistä hänen tulee jatkaa, jotka hänen tulee lopettaa ja jotka hänen tulee hyväksyä muutoksen aikaansaamiseksi. Muutoksen kannalta tärkeä tekijä on myös muutoksen nopeus. Pyrkimys liian nopeaan muutokseen voi uuvuttaa asiakkaan tai säikäyttää hänet. Liian hidas muutos puolestaan on asiakkaalle turhauttavaa, sillä hän voi kokea, ettei mitään tapahdu. Ihmisen uskomukset omista kyvyistään vaikuttavat myös siihen, kuinka nopeasti hänen on mahdollista muuttua. (Burnard 2005, 6–7.)

### 3.1 Asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät

Ohjaustilanteessa ohjaaja on ohjauksen ja asiakas oman elämänsä asiantuntija. Ohjauksen rungon tulisi rakentua niille asioille, joita asiakas nostaa esiin. Ohjaajan tehtävänä on arvioida asiakkaan ohjaustarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksen lähtötilanteessa lähdetään aina liikkeelle jostakin tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja ohjauksen lopussa pyritään päätymään erilaiseen tilanteeseen kuin ohjauksen alussa. Asiakkaan omat taustatekijät ja käsitykset tilanteestaan muodostavat asiakkaan oman todellisuuden. Asiakkaiden erilaisuus asettaa ohjaajalle suuria haasteita. Esimerkiksi lapsen ohjaaminen on hyvin erilaista kuin ikääntyneen asiakkaan. Myös asiakkaan motivaatiotaso asettaa haasteita ohjaajalle, esimerkiksi hyvin motivoituneen itsestään huolehtivan henkilön ohjaus on hyvin erilaista kuin päihderiippuvaisen. (Kyngäs ym. 2007, 26–28.)

Ohjaajan on ymmärrettävä oma tapansa ajatella sekä tiedostettava omat arvonsa, jotta hän kykenee toimimaan asiakkaan edun mukaisesti. Ohjaajan arvot määrittävät keskeisesti fysioterapian tavoitteen asettelua. (Kyngäs ym. 2007, 26–28; Talvitie ym. 2006, 60–61.) Ohjaajan persoonaan liittyvillä laatu-tekijöillä ja hänen ammatilliseen sitoutumiseensa liittyvillä tekijöillä on todettu olevan yhteys oppimiseen ohjauksessa. Ohjauksen kannalta tärkeitä persoonaan liittyviä ominaisuuksia ovat empatia eli herkkyys ja vakavuus kuulla ja havaita, kyky ottaa asiakkaan tunteet vakavasti, lämmin ja positiivinen suhtautuminen, kontrollointikyky, joka ilmenee muun muassa rajojen asettamisessa sekä ohjaajan motivaatio. Ohjaus ja tämän kautta oppiminen onnistuu paremmin, kun ohjaajalla on edellä mainittuja ominaisuuksia ja hän on sitoutunut ja motivoitunut työhönsä. (Ojanen 2006, 141–142.)

Ohjaajan on tärkeää selvittää asiakkaan sen hetkiset voimavarat ja mahdollisuudet sitoutua terveyttä edistävään toimintaan, jotta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin voidaan vastata. Asiakkaan taustatekijöiden huomioinnin lisäksi ohjaajan täytyy myös tunnistaa omat ohjaukseen mahdollisesti vaikuttavat taustatekijänsä. Taustatietojen selvittäminen on tärkeässä roolissa, koska jos asiakkaan taustatekijöitä ei huomioida, niin samassa tilanteessa olevia asiakkaita

ohjataan liukuhihnamaisesti aina samalla tavalla. Tällöin ohjaus ei perustu yksilöllisyyteen, eikä asiakas mahdollisesti saa haluamaansa palvelua. Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin. (Kyngäs ym. 2007, 26–28; Talvitie ym. 2006, 60–61.)

### 3.1.1 Fyysiset taustatekijät

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi sukupuoli, ikä ja terveydentila. Ikääntyneen asiakkaan ohjaustarve on erilainen kuin lapsen tai nuoren. Ikääntyneen asiakkaan ohjaamiseen haastetta tuovat esimerkiksi alentunut muisti ja fyysiset rajoitteet. Ikääntynyt ihminen saattaa myös tarvita lyhytkestoista ja usein toistuvaa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 29–30.)

Fyysiset taustatekijät vaikuttavat suurelta osin siihen miten asiakas pystyy ottamaan ohjausta vastaan; esimerkiksi juuri diagnosoitu vakava sairaus voi estää ohjauksen onnistumisen. Ohjaajan on siis tärkeä miettiä etukäteen mitä asioita ohjauksessa tulee ottaa ensisijaisesta esille, ja mitkä asiat voi jättää toiseen tapaamiskertaan. Ohjaajan on osattava laittaa asiakkaan tarpeet tärkeysjärjestykseen. (Kyngäs ym. 2007, 29–30.)

### 3.1.2 Psyykkiset taustatekijät

Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat erityisesti käsitys omasta terveydentilasta, terveystuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Ohjauksen aikana asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus luoda oma versio asioidensa ratkaisuksi. Ohjaajan on hyvä esittää avoimia kysymyksiä keskustelun aikana, jotta hän saa paremman käsityksen asiakasta mahdollisesti motivoivista tekijöistä. Myös ohjaajan oma motivaatio vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Asiakkaat toivovat usein ohjaajalta aloitteellisuutta sekä herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 32–34.)

Asiakkaan terveystuskomukset ja kokemukset voivat vaikuttaa siihen miten hän suhtautuu ohjaukseen. Esimerkiksi asiakkaalla voi olla vankka uskomus, että ultraääni parantaa hänen vauvansa ja tämä vankka uskomus saattaa estää asiakasta kuuntelemasta muita tarjolla olevia vaihtoehtoja. Ohjaajan ja asiakkaan odotukset ja tavoitteet ohjausta koskien voivat olla hyvinkin erilaiset, joten niistä tulisi keskustella yhdessä. Myös avoin keskustelu asiakkaan ja ohjaajan rooleista on tarpeen. Esimerkiksi ne asiakkaat, jotka ovat sairastaneet pitkään osavat usein arvioida ohjaustarpeensa. Osa asiakkaista ei kuitenkaan tunnista omia tarpeitaan tai ei halua tuoda niitä esille ohjaustilanteessa. (Dreeben 2010, 52; Kyngäs ym. 2007, 32–34.)

Ohjaajan tehtävä on kannustaa asiakasta luottamaan omiin kykyihinsä sekä tukea häntä oma-aloitteisuuteen, jotta asiakas pystyy itse arvioimaan omaa toimintaansa ja ottamaan palautetta vastaan. Ohjaajan on myös tärkeää antaa asiakkaalle riittävästi tilaa päätöksen teossa ja tarpeen tulleen auttaa asiakasta. Ohjaajan ymmärrys asiakkaan tilanteesta vaikuttaa ohjaustavoitteen saavuttamiseen. On tärkeää muistaa, että ohjaaja voi vaikuttaa edellä mainittuihin asioihin, mutta vain asiakas voi itse muuttaa niitä. (Dreeben 2010, 50; Kyngäs ym. 2007, 32–34.)

### 3.1.3 Sosiaaliset taustatekijät

Ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi ja asiakkaan käyttäytymisen ymmärtämiseksi asiakasta tulee tarkastella osana ympäristöään. Ohjauksen kannalta asiakkaan tärkeät sosiaaliset taustatekijät ovat kulttuuriperustaisia, etnisiä, uskonnollisia ja eettisiä. Ohjaajan ja asiakkaan arvot vaikuttavat siihen miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. (Dreeben 2010, 53; Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

Ohjaajan täytyy huomioida, että perheellä ja suvulla voi olla merkittävä vaikutus asiakkaaseen. Ohjaajan täytyy varmistaa millainen tukiverkosto asiakkaalla on, ja kuinka omaisten tuki voisi auttaa häntä. On myös huomioitava, että asiakkaan ja hänen omaistensa käsitykset ohjaustarpeista voivat olla ristiriitaisia. Tällaisissa tilanteissa ohjaajan tulee ensisijaisesti kunnioittaa asiakkaan tahtoa, kunhan asiakas pystyy itse vastaamaan omista asioistaan, ymmärtää ohjauksen ja kantaa vastuun omasta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

## 3.2 Fysioterapeuttinen ohjaus

Fysioterapeutin työ sisältää nykyisin paljon ohjausta ja neuvontaa. Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla tarkoitetaan terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämistä sekä terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukemista. Päämääränä on saavuttaa asiakkaan kanssa yhdessä asetetut fysioterapian tavoitteet tukemalla asiakkaan voimavarojen suuntaamista. Asiakkaan ohjaus voi tapahtua verbaalisesti, manuaalisesti sekä visuaalisesti. Ohjausta ja neuvontaa voidaan myös antaa puhelimitse tai tietokoneen välityksellä. Fysioterapeuttinen ohjaus on luonteeltaan terveyttä sekä toiminta- ja työkykyä edistävää ohjausta tai terveysneuvontaa. Ohjaukseen kuuluu myös yksilöllisen fysioterapiaohjelman laatiminen. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit & FYSI ry. 2007.)

Terveysneuvonnassa fysioterapeutti käsittelee yhdessä asiakkaan kanssa sairautta koskevaa tietoa, antaa harjoitusohjeita ja kertoo harjoitteiden merkityksestä. Fysioterapeutin antama ohjaus koskee usein ergonomiaa ja liikunnallista harjoittelua. Ohjaamisella pyritään välittä-

mään tietoa, vaikuttamaan asenteisiin sekä aktivoimaan asiakasta. Ohjaamisen avulla pyritään myös liikesuoristusten mallintamiseen. Mallintamisella tarkoitetaan toimintatapaa, jonka avulla oppija kykenee jäljittelemään toisen henkilön toimintaa ja pyrkii itse vastaavaan suoritukseen. Fysioterapeutit antavat myös ohjausta kuntoutujan elämäntapoja koskien. Tämän kaltainen ohjaus käsittää tietojen keräämisen asiakkaan terveyteen vaikuttavista osaluista. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178–179.)

Leskelä, Viitanen ja Piirainen (2005) ovat tutkineet potilaan antamaa palautetta fysioterapiaohjauksesta perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla potilaiden käsityksiä saamastaan fysioterapiaohjauksesta yksityisellä ja julkisella puolella. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että fysioterapian asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa terapiaan ja ohjaukseen. He kokivat saaneensa riittävästi ohjeita ja neuvontaa. Potilaat, jotka saivat ensin fysioterapiaa, olivat tyytyväisimpiä saamiinsa palveluihin. (Leskelä ym. 2005, 218, 223.)

Dreeben (2010) mainitsee teoksessaan *Patient Education in Rehabilitation* kaikkein suurimmaksi potilastyytyväisyyteen vaikuttavaksi tekijäksi fysioterapeuttisessa ohjauksessa potilaan ja ohjaajan välisen vuorovaikutuksen, jossa fysioterapeutti kohtelee potilasta kunnioittavasti, selittää terapian tarkoitusta ja vastaa potilaan kysymyksiin. Potilasohjauksen menetelmiä pyritään jatkuvasti parantamaan potilastyytyväisyyden lisääntymiseksi. Asianmukainen ohjaus lisää potilaiden tyytyväisyyttä ja osallistumista erityisesti kroonisia vaivoja hoidettaessa. Potilastyytyväisyys lisää ohjeiden noudattamista ja terveydenhuollon kustannustehokkuutta. Se on myös tärkeä ohjauksen laadun indikaattori. (Dreeben 2010, 46 - 47.)

### 3.3 Osallistava tavoitteenasettelu

Tärkeä elementti fysioterapeuttisen ohjauksen suunnittelussa on toimiva tavoitteiden asettaminen. Suositusten mukaan terapeutin pitäisi selvittää asiakkaan omat tavoitteet ja päämäärät heti ensimmäisellä tapaamisella, jotta terapia olisi mahdollisimman tuloksellista. Asiakkaan osallistuminen terapian tavoitteiden asettamiseen edistää terapian tehokkuutta ja asiakastyytyväisyyttä. Osallistumista on mahdollista käyttää apuna terapiasta saatujen hyötyjen tunnistamisessa ja sen oletetaan parantavan saatuja tuloksia. Osallistumisen hyötynä voi olla muun muassa parempi tavoitteiden täyttyminen, parempi ohjeiden noudattaminen, potilaiden masentuneisuuden vähentyminen sekä alentuneet luvut fysioterapeuttien loppuun palamisessa. (Baker ym. 2001, 1118–1119; Dreeben 2010, 46–47.)

Ohjauksen tavoitteellisuuden ideana on, että asiakas saa mahdollisuuden löytää vastauksia ja ratkaisuja kysymyksiinsä ja ongelmiinsa. Fysioterapeutti jakaa omaamansa tiedon asiakkaan kanssa sellaisessa muodossa, että asiakas kykenee tietoja apuna käyttäen mahdollisimman itsenäisesti ratkaisemaan käsillä olevan ongelman. (Nupponen 1998, 63.) Fysioterapian tavoit-

teet vaihtelevat pitkäaikaisista suunnitelmista yksityiskohtaisempiin osatavoitteisiin, jotka voidaan saavuttaa suhteellisen lyhyessä ajassa. (Parry 2004, 669.)

Dreebenin (2010) mukaan terapeutin tulee asiakaslähtöisessä tavoitteiden asettelussa: 1) määritellä asiakkaan oppimistavoitteet, jotka ovat riippuvaisia asiakkaan tarpeista, motivaatiosta ja omatoimisuudesta, 2) selvittää asiakkaan uskomukset, ajatukset, arvot ja tunteet, 3) tunnistaa potilaan lyhyt- ja pitkäaikaiset tavoitteet ohjauksella ja oppimiselle, 4) edistää asiakkaan sitoutumista oppimiseen ja muutokseen sekä 5) edistää asiakkaan kykyä arvioida ohjaus- ja oppimisprosessia. Terapeutin tulee varmistaa mikä on asiakkaan toivoma terapian tulos sekä muodostaa ymmärrys siitä, miten asiakas hoitaa itseään, mitä hän tekee työkseen ja mitkä ovat hänen vapaa-ajan aktiviteettinsa. Terapeutin tulee myös olla selvillä siitä milloin ympäristössä asiakas näitä toimintoja suorittaa. (Dreeben 2010, 57–58.)

Suosituksista ja potilaan osallistumisen eduista huolimatta fysioterapeutit saattavat kohdata esteitä yrittäessään luoda yhteistyöhön perustuvaa suhdetta asiakkaisiinsa. Nämä esteet saattavat vaikuttaa myös heidän yrityksiinsä ottaa asiakas mukaan tavoitteiden asettamiseen. (Baker ym. 2001, 1119.) Tavoitteiden asettaminen on todellisuudessa monimutkaista vuorovaikutteista toimintaa, vaikka kirjalliset suositukset siitä vaikuttavatkin yksinkertaisilta. Asiakkaan näkökulmien selville saamisen ja sisällyttäminen tavoitteiden asettamiseen on vaativaa ja helposti myös aikaa vievää toimintaa. (Parry 2004, 679.)

Tavoitteista puhumisen koetaan vievän aikaa toiminnasta. Tämä osaltaan saattaa vaikuttaa siihen, että terapeutit välttävät puhumista terapian tavoitteista tai ajan säästämiseksi tarjoavat tavoitteet valmiina. Myös epäily asiakkaan mahdollisuuksista edistyä saattaa vaikuttaa siten, että tavoitteita ei oteta terapiassa puheeksi. (Parry 2004, 679.) Baker ym. (2001, 1125) uskovat kuitenkin, että jos asiakkaan osallistuminen on ikään kuin ”kudottu tutkimustapahtuman sisään” heti alusta alkaen, muodostuu yhteistyönä tehtävästä tavoitteiden asettamisesta osa tutkimustapahtumaa sen sijaan, että se olisi erillinen aikaa vievä tapahtuma.

Ohjauksen tavoitteiden asettelussa on aina huomioitava asiakas ainutlaatuisena henkilönä. Vaikka tavoitteet voidaan ilmaista yleisten terveyteen liittyvien periaatteiden kautta, täytyy ne myös aina sitoa asiakkaan omaan kokemusmaailmaan ja ongelmaan. Esimerkiksi terapeutin näkökulmasta voi ohjauksen tavoitteena olla maksimaalisen hapenottokyvyn ja lihasvoiman lisääntyminen. Tämä ei kuitenkaan ole välttämättä asiakkaalle konkreettinen tavoite, vaan hänen kokemusmaailmassaan merkityksellisempää on väsymyksen vähentyminen, päivittäisissä toiminnoissa selviytyminen, joiden siis tulisi olla ohjauksen todellisia tavoitteita. (Nupponen 1998, 64.) Asiakkaan sitoutumattomuus terapian toteuttamiseen saattaa olla ilmaisu siitä, että hän ei ole yksimielinen terapian tavoitteista. Ohjeiden noudattamista puolestaan lisää

se, että interventiot on sijoitettu päivittäisten toimintojen yhteyteen. (Dreeden 2010, 72, 74.)

Baker ym. (2001) tutkivat sitä yrittävätkö fysioterapeutit saada asiakasta osallistumaan terapian tavoitteiden asettamiseen alkututkimuksen yhteydessä ja minkälaisia keinoja he siihen käyttävät. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että puolella tutkimuskäynneistä ei puhuttu terapian tavoitteista lainkaan. Tähän saattoi tutkimusryhmän mielestä olla osasyynä terapian tavoitteiden asettamisen pitkäaikainen prosessimainen luonne sekä se, että potilaan ja terapeutin yhteisymmärrys terapian tavoitteista ei välttämättä aina ilmene puheen tasolla. Hiljaisen yhteisymmärryksen vallitessa terapeutti ja asiakas eivät näe tarpeelliseksi tavoitteiden sanallista ilmaisua, sillä he molemmat kokevat tietävänsä mitä asian eteen tulee tehdä. Tutkimusryhmän mielestä jonkinlainen sanallinen ilmaisu terapian tavoitteista olisi kuitenkin tarpeen, jotta tarkoitus tulee selväksi ja saadaan luotua pohja yhteisymmärrykselle. (Baker ym. 2001, 1125.)

Ohjausta on arvioitava koko ajan ohjauksen onnistumiseksi. Fysioterapeutin tulisi arvioida yhdessä asiakkaan kanssa, miten ohjaukselle asetetut tavoitteet on saavutettu, sekä sitä millaista ohjaus on ollut. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi vaatii, että ohjaukselle asetetaan selkeät ja arvioitavissa oltavat tavoitteet. Asiakkaan osallistuminen tavoitteiden asettamiseen lisää myös asiakkaan tyytyväisyyttä ohjaukseen. Jotta fysioterapeutti voi kehittyä ohjaajana, hänen tulee arvioida säännöllisesti omia ohjaustaitojaan ja sitä, miten ohjaus on toteutunut. (Dreeben 2010, 47; Kyngäs ym. 2007. 45.)

### 3.4 Ohjaustavat

Fysioterapeutti ohjaa asiakasta käyttämällä visuaalista, manuaalista ja sanallista ohjausta tai näiden yhdistelmiä. Eri aistien vastaanottojärjestelmät luovat perustan ohjaustavoille. Terapiassa on tärkeää huomioida asiakkaan voimavarat. Esimerkiksi terapian alkuvaiheessa asiakas voi olla masentunut ja väsynyt, jolloin terapeutin tulee pystyä rakentamaan harjoittelu juuri tälle kyseiselle henkilölle sopivaksi. Asiakkaan voi olla vaikea ymmärtää puhetta, jolloin hänen ohjauksensa on mielekästä aloittaa manuaalisesti. (Talvitie ym. 2006, 183.)

Fysioterapeutin tehtävänä on myös tunnistaa millainen ohjaustapa on kullekin asiakkaalle ominaisin. Asiakkaan saattaa olla helppoa muistaa ja ilmaista asioita kielellisesti, jolloin sanallisesti tapahtuva ohjaus voi olla hänelle tehokkainta. Asiakas saattaa myös hahmottaa asioita visuaalisesti, jolloin fysioterapeutti voi käyttää visuaalista mallintamista tai kuvamateriaalia ohjauksensa tukena. Asiakkaan ominaisimmasta omaksumistavasta riippumatta keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi on tärkeää, koska asiakas muistaa ja pystyy vastaanottamaan vain rajallisen määrän asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Sanallinen ohjaus on läheisesti yhteydessä motorisen oppimisen tiedolliseen vaiheeseen, joten se on tärkeää taitojen oppimisen alkuvaiheessa. Sanallisten ohjeiden ymmärtäminen edellyttää selkeitä lauseita ja ymmärrettäviä käsitteitä. Fysioterapeutin antamat ohjeet eivät saa sisältää liikaa tietoa, koska tällöin asiakkaalla voi olla vaikeuksia muistaa saatuja ohjeita. (Talvitie ym. 2006, 184)

Manuaalista ohjausta käytetään fysioterapiassa eri tarkoituksiin. Useimmiten manuaalista ohjausta käytetään liikkeen tai suorituksen pakottamiseen tiettyyn suuntaan, jolloin fysioterapeutti pyrkii vähentämään virheellistä suoritusta, vapausasteiden määrää tai auttamaan kuntoutujaa keskittymään suoritukseen. Sanallista ja manuaalista ohjausta tulisi käyttää oppimisen varhaisessa vaiheessa, mutta niiden käyttöä tulisi vähentää, kun oppijan taito ja itsenäinen suoriutuminen lisääntyvät. (Talvitie ym. 2006, 187–190.)

Näköaistia käytetään paljon apuna terapian eri vaiheissa. Esimerkiksi suoritettavan liikkeen alussa fysioterapeutti käyttää visuaalista ohjaamista suorituksen mallintamiseen. Tutkimusten mukaan ihminen tottuu helposti käyttämään näköä palautteen antajana, joten tällöin suorituksen aikana annettu visuaalinen palaute parantaa suoritusta. Harjoittelun aikana käytetyt aistien kautta saadut stimulaatiot saattavat kuitenkin aiheuttaa ristiriitaisia tilanteita. Visuaaliset vihjeet ovat yleensä hallitsevampia kuin kuulemalla ja tuntemalla saadut vihjeet. (Talvitie ym. 2006, 190–191.)

Tehokkaimmaksi ohjaustavaksi on todettu harjoittelun aikana eri aistikanavien kautta annettu ohjaus. Jokaisella ohjaustavalla on erilainen merkitys motorisessa oppimisessa. Sanallinen ohjaus on tärkeää taitojen oppimisen alkuvaiheessa. Sillä on erityinen merkitys, kun luodaan hoitosuhdetta ja suunnataan asiakkaan tarkkaavaisuutta ja lisätään hänen tietoisuuttaan omasta liikkumisestaan. Manuaalinen ohjaus on usein korostunut fysioterapiassa. Tuntoärsykeistä on enemmän hyötyä kuntoutuksen alkuvaiheessa, ja myöhemmin asiakas hyötyy enemmän oman sisäisen järjestelmänsä antamasta palautteesta. Visuaalista ohjausta ja mallintamista käytetään fysioterapiassa melko harvoin, mutta ne on todettu tehokkaiksi keinoiksi motorisessa oppimisessa. (Talvitie ym. 2006, 183, 192.)

### 3.5 Vuorovaikutteisuus

Tärkeä osa ohjausta on vuorovaikutus. Sillä tarkoitetaan sosiaalista ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihtoa. Vuorovaikutuksen perustehtävä on yksilön liittäminen ympäristöönsä sekä hänen älyllisten ja kokemuksellisten toimintojensa kehittäminen. Fysioterapiassa toteutuu fysioterapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde, jossa asiakkaalla on mahdollisuus puhua itsestään, elämästään, kokemuksistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan fysiotera-



peutille. Fysioterapeutilla ei tätä mahdollisuutta ole suhteen ammatillisen luonteen vuoksi. Terapiasuhte on parhaimmillaan aktiivista työtä, jolla voidaan edistää potilaan hyvinvointia ja terveyttä. (Mäkelä, Ruukonen & Tuomikoski 2001, 12–13, 23–24.)

Vuorovaikutus on niin sanallista kuin sanatontakin. Sanallinen vuorovaikutus on pieni osa kaikesta vuorovaikutuksesta. Sanallisen vuorovaikutuksen ongelmana on se, että sanojen merkitys ei ole sama kaikille ja se, että ihmisten ilmaisutaidot vaihtelevat paljon. Suurin osa vuorovaikutuksesta on sanatonta. Eleet ja ilmeet kertovat usein enemmän kuin sanat. (Mäkelä ym. 2001, 13–14.) Välttääkseen ristiriitaisten viestien antamista fysioterapeutin kannattaa kiinnittää erityistä huomiota sanattoman ja sanallisen viestinnän yhteensopivuuteen. Esimerkiksi jos fysioterapeutti sanoo, että asiakkaan asia on tärkeä, eikä katso asiakasta silmiin, viesti on ristiriitainen. (Onnismäe 2007, 32.)

Vuorovaikutuksen rakentamista fysioterapiassa puheen ja toiminnan avulla voidaan kuvata yhteispuheella, jonka fysioterapeutti ja asiakas ovat yhdessä luoneet. Fysioterapeutti luo puheen avulla kuvan asiakkaan toiminnan luonteesta, osaamisesta, kyvyistä ja vaikeuksista. Terapiatilanteessa fysioterapeutti antaa monenlaista informaatiota asiakkaalle. Osa informaatiosta on selkeästi tuotettu tietoisesti ja osa näyttää olevan osittain tai täysin tiedostamattomasti tuotettua. Ohjaustilanteessa on tärkeää, että fysioterapeutti on tietoinen eri informaatiokanavien kautta annetuista viesteistä. (Talvitie 2003, 62.)

Vuorovaikutusta voidaan tarkastella kahden eri lähestymistavan kautta. Ensimmäinen lähestymistapa on ongelmalähtöinen fyysisiä seikkoja painottaen ja toinen lähestymistapa on kokonaisvaltainen ottaen huomioon niin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen puolen. Terveystieteiden tutkimuksessa on perinteisesti käytetty ongelmalähtöistä lähestymistapaa ja siinä vuorovaikutus on osa fyysisten ongelmien selvittämistä. Keskustelu koostuu lähinnä kysymyksistä ja lyhyistä vastauksista ja rajoittuu koskemaan fyysisistä sairauksista. Tutkimusten mukaan tämä tapa voi olla joissain tapauksissa tehokas ja toimiva, mutta sitä on kritisoitu, koska asiakasta tarkastellaan enimmäkseen oireiden kautta. (Veijola & Larivaara 2001, 14–16.)

Toisessa lähestymistavassa asiakasta tarkastellaan kokonaisuutena, johon vaikuttavat niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin puoli. Tässä lähestymistavassa sairautta ei käsitellä pelkästään oireiden kautta, vaan otetaan huomioon myös asiakkaan tuntemukset, asenteet ja elämäntilanne. Tämän lähestymistavan onkin katsottu olevan parempi kuin ongelmalähtöisen, koska asiakkaat usein toivovat psykologisten ja sosiaalisten seikkojen huomioimista hoidossa. Fysioterapeuttisessa vuorovaikutussuhteessa sosiaaliset ja emotionaaliset tekijät ovat tärkeitä, sillä asiakkaan ja fysioterapeutin suhte on usein intiimi ja hoitoaika saattaa olla kestoajan pitkä. (Veijola & Larivaara 2001, 14–16.)

Fysioterapeuttinen vuorovaikutus keskittyy kuitenkin yleensä ongelma- ja oirelähtöiseen kehon toimivuuden määrittämiseen ja kommentoimiseen. Viestintä liittyy paljolti ohjaukseen ja tehtäviin harjoituksiin. Fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä suhteessa asiakkaan ongelmia pyritään ehkäisemään ja kontrolloimaan, jolloin oireet ja diagnoosi ovat keskeisessä roolissa. Asiakkaan kuunteleminen ei ole aina fysioterapeutin prioriteetti, ja fysioterapeutti saattaa suunnitella hoidon valmiiksi asiakkaalle. Asiakkaat kokevat vuorovaikutustilanteissa ongelmaan perehtymisen tärkeänä, mutta tätäkin tärkeämpänä asiakkaat pitävät fysioterapeutin viestintätaitoja. Fysioterapeutin käyttämät tekniset termit eivät jää asiakkaan mieleen, joten ne tulisi sitoa asiakkaan omiin kokemuksiin, jotta ne saisivat merkityksen. Asiakkaalle on tärkeää fysioterapeutin asenne ja avoin keskustelu sekä se, että hän tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Kuntoutuksen edistyminen lisääntyy, kun fysioterapiatilanne on molemmille osapuolille miellyttävä. (Poskiparta 2002, 24–25; Trede 2000, 430.)

Asiakkaan aktiivinen osallisuus rakentuu vuorovaikutuksessa, jos sille annetaan tilaa. Keskustelussa tilan antaminen tarkoittaa sitä, että asiakkaalle annetaan mahdollisuus ilmaista oma tahtonsa terapiaan liittyen, sekä oma ymmärryksensä ja käsityksensä osaamisensa rajoista ja mahdollisuuksista. (Talvitie 2003, 62.) Toimivan vuorovaikutuksen edellytys on, että fysioterapeutti auttaa asiakasta puhumaan. Fysioterapeutti kuuntelee kuntoutujaa, osoittaa myötätuntoa ja pyrkii luomaan rauhallisen ilmapiirin. Kuuntelemalla asiakasta fysioterapeutti osaa kysyä oikeita tarkoituksenmukaisia kysymyksiä, jotka auttavat rakentamaan kokonais kuvan asiakkaan tilanteesta. Hän erittelee asiakkaan huolenaiheita ja pilkkoo niitä pienempiin osiin, jolloin asiakkaan on helpompi käsitellä niitä. Hän myös auttaa asiakasta tutkimaan omia kokemuksiaan ja harkitsemaan annettuja ehdotuksia. Asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja mahdollisuuksien huomioonottamisella luodaan perusta kuntoutukseen sitoutumiselle ja motivaatiolle, jotka vaikuttavat kuntoutuksen tuloksellisuuteen. (Nupponen 1998, 63; Poskiparta 2002, 24–35; Talvitie ym. 2006, 63.)

Palautteen antaminen on myös osa vuorovaikutusta. Se on tärkeää kaikessa inhimillisessä toiminnassa. Palautteen avulla ihminen voi peilata omaa toimintaansa ja se auttaa häntä pohtimaan toimintansa merkitystä, syitä ja seurauksia. Hyvin annettu palaute edistää oppimista ja motivaatiota. (Mykrä 2007, 15–16; Ryan & Deci 2000.)

Hankonen ym. (2006, 28) kuvaavat hoitotyön hyvän vuorovaikutuksen koostuvan kolmesta osalueesta, jotka ovat viestintä, fyysinen ympäristö ja ohjattava-hoitaja suhde. Hyvässä vuorovaikutuksessa viestintä koostuu selkeästä ja ymmärrettävästä kielestä, ajan riittävydestä, ohjattavan resurssien huomioimisesta, asian johdonmukaisesta etenemisestä sekä sanallisesta ja sanattomasta viestinnästä. Fyysisen ympäristön ominaisuuksilla tarkoitetaan rauhallista ja tarkoituksenmukaista tilaa ja myönteisen ilmapiirin luomista. Hyvässä vuorovaikutuksessa

ohjattava-hoitajasuhde rakentuu keskinäisestä kunnioituksesta, vastavuoroisuudesta, rehellisyydestä ja avoimuudesta, ohjattavan yksilöllisyyden huomioimisesta sekä ammatillisuudesta.

Potter, Gordon ja Hamer (2003) selvittivät tutkimuksessaan hyvän fysioterapeutin ominaisuuksia asiakkaan näkökulmasta. Hyvän fysioterapeutin tärkeimpänä ominaisuutena nähtiin hyvät kommunikaatiotaidot. Hyviin kommunikaatiotaitoihin kuuluvat ihmissuhdetaidot sekä ystävällisyyttä ja luottamusta ilmaisevat tavat. Huonoa palvelua kokeneet asiakkaat kertoivat fysioterapeutilla olleen huonot kommunikaatiotaidot. Asiakaslähtöistä toimintaa voidaan edistää hakemalla asiakkaan omaa panosta sekä parantamalla fysioterapeutin ja asiakkaan välistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta. (Potter ym. 2003, 159 - 201.)

Liuska (2001, 21–24) selvitti opinnäytetyössään yhden lonkan tekonivelleikkauksen läpikäyneen potilaan mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Työssä keskityttiin koko hoitoketjuun, jonka osana oli myös fysioterapia. Opinnäytetyössä selvisi, että potilas oli kokenut ohjauksen vaikeaselkoiseksi. Ohjaustilanne ei potilaan kokemuksen mukaan ollut vuorovaikutteinen, vaan potilas oli tilanteessa tekemisen kohteena.

### 3.5.1 Dialogi ohjauksen kommunikointimenetelmänä

Sana dialogi tarkoittaa kaksinpuhelua. Dialogi voidaan tulkita keskusteluksi, jossa ihmiset yhdessä rakentavat elämälleen ja maailmalleen merkitystä, tarkoitusta ja tulkintaa. Dialogi on neuvottelua, jossa pyritään pääsemään lopputulokseen ja tekemään päätöksiä. Dialogin voi nähdä vastakohtana alistamiselle. Dialogin syntymistä uhkaa ”jo-tietäminen”, joka estää näkemästä valmiiden luokitusten ja tavanomaisuuksien taakse. Ohjaajan tukeutuminen asiantuntijuuteen saattaa johtaa häntä tavoittelemaan jotain ennalta päätettyä. Hän saattaa pyrkiä puhumaan hallitusti ja soveltamaan teorioita. Ohjaajan tulisi kuitenkin muistaa, että vaikka hänellä on ammattiin liittyvää tietämystä, hänellä ei välttämättä ole laajaa elämäkokemusta tai käsitystä asiakkaan elämäntilanteesta. (Onnismaa 2007, 44–46; Talvitie ym. 2006, 55.)

Dialogilla kommunikaation menetelmänä ei tarkoiteta ainoastaan keskustelua. Dialoginen ohjaussuhde on kasvatussuhde, jossa ohjaajan vastuulla on tehdä kaikkensa ohjattavan kasvun edistämiseksi. Ohjaajan työvälineenä on tietojen ja taitojen lisäksi myös hänen oma persoonansa. Dialogissa oleminen edellyttää olemista avoimessa yhteydessä toiseen ja olemista tilanteessa kokonaisena ihmisenä, eli omana itsenään. (Ojanen 2006, 62–63.) Ohjausvuorovaikutus voidaan nähdä yhteisenä tutkimusmatkana, jonka lopputulos ei ole ennakoitavissa (Onnismaa 2007, 45).

Dialogisessa kanssakäymisessä ohjaaja toimii tapahtuman johdattelijana. Haasteena onkin se, miten auttaa keskustelua muodostumaan sisäsyntyisesti ohjattavan ehdoilla ja hänen kiinnostuksestaan lähtien, mutta samalla niin että ohjattava saisi siitä itselleen rakennusaineita. Parhaimmillaan ohjaus on dialogia, jossa luodaan uutta (Onnismaa 2007, 44). Mikäli ohjaajalla on paljon itsestäänselvyyksiä, on vaarana, ettei hän osaa ottaa huomioon, että kyseiset asiat voivat olla ohjattavalle epäselviä, jonka seurauksena ohjattava joutuu ohjauksessa ikään kuin vyörytyksen kohteeksi. (Ojanen 2006, 68.)

Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että asiakas ja ohjaaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Ohjaajan vastuuseen kuuluu, että asiakas tunnistaa oman asiantuntijuutensa. Näin ohjaaja saa asiakkaan tuntemaan itsensä tärkeäksi ja asiakas pystyy ottamaan vastuuta valinnoistaan ja toimistaan. Kaksisuuntaista vuorovaikutusta ei voi olla, jos asiakas ja ohjaaja eivät ole kumpikin aktiivisia ohjaustilanteessa. Se millaiseksi ohjaussuhde rakentuu ja miten hyvin siinä huomioidaan asiakkaan tarpeet ja tuetaan häntä aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen vaikuttaa hyvin merkittävästi ohjauksen vaikutuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 38–40.)

Baker, Marshak, Rice ja Zimmerman (2001) tutkivat Participation Method Assessment Instrument (PMAI) -työkalun avulla yleisimpiä tapoja, joilla fysioterapeutit pyrkivät lisäämään asiakkaan osallistumista terapian kulkuun. Näitä olivat keskustelu potilaan tai hänen perheensä kanssa tutkimisessa ilmenneistä löydöksistä, keskustelu löydöksistä potilaan ymmärryskyvyn tasolla, tutkimisen tarkoitusten ja käytäntöjen esitleminen sekä potilaan huolenaiheiden selvittäminen. Vähimmälle huomiolle jäivät potilaan päähuolenaiheiden varmistaminen, yhteistyö tavoitteiden asettelussa, keskustelu potilaan mahdollisuuksista osallistua tavoitteiden asetteluun, potilaan yhteistyöhön perustuvan roolin selittäminen tavoitteiden tunnistamisessa sekä potilaan pyytäminen priorisoimaan huolenaiheensa. (Baker ym. 2001, 1123.)

### 3.5.2 Tasavertaisuus

Jotta ohjaus onnistuisi, on tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo tietää, mitä hän haluaa tietää ja mitä hänen täytyy tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Kun asiakkaalla on riittävästi tietoa, hän pystyy itse arvioimaan mikä on hänelle hyväksi. Asiakkaan tyytyväisyys ja hoitoon sitoutuminen parantuu, kun ohjaus perustuu asiakkaan ja fysioterapeutin yhteiseen näkemykseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Asiakkaan ja asiantuntijan suhdetta voidaan kuvata termillä peli tai leikki (play), jossa asiantuntija seuraa asiakasta, ja asiakas asiantuntijaa. Yhteisymmärryksen avulla syntyy potentiaalinen muutoksen tila. (Friberg & Hansson Scherman 2005, 276–277.) Dialogisen ohjaussuhteen toteutumisen kannalta on tärkeää, että fysioterapeutti ja asiakas työskentelevät keskenään tasavertaisina. Myös fysioterapian onnistumisen kannalta on tärkeää, että terapiasuhde on

tasavertainen ja toteutuu yhteisymmärryksessä. Tasavertaisuudella tarkoitetaan sitä, että molemmat ottavat vastuuta kuntoutumisen onnistumisesta. Tavoitteet asetetaan ja hyväksytään yhteistyössä. Fysioterapeutin ja asiakkaan tulee sitoutua yhteisiin tavoitteisiin ja niiden saavuttamiseksi tarvittaviin toimenpiteisiin. Yhteinen päämäärä ja sen tiedostaminen on edellytys yhteistoiminnallisuudelle. Fysioterapeutin velvollisuus on selittää ja perustella asiakkaalle mitä tehdään ja miksi. (Mönkkönen 2007, 120; Talvitie ym. 2006, 52, 62.)

Fysioterapeutin ja asiakkaan välillä tulee olla molemminpuolinen luottamus, hyväksyntä ja kunnioitus, jotta tasavertainen vuorovaikutussuhde voi toimia (Talvitie ym. 2006, 52). Luottamus asiakkaaseen merkitsee sitä, että fysioterapeutti uskoo asiakkaan mahdollisuuksiin ja kykyyn kantaa vastuuta omasta terveydestään. Myös asiakkaan on voitava luottaa fysioterapeuttiin. Fysioterapeutin on toimittava siten, että asiakas voi tuntea olonsa turvalliseksi ja herättää potilaan luottamuksen. Luottamuksen kehittyminen vaatii aikaa. On tärkeää, että asiakas saa kokea hyväksyntää, ymmärrystä ja sitä, että hänen heikkoutensa vastaanotetaan ja pelot otetaan huomioon ja niitä lievitetään. (Mäkelä ym. 2001, 19–20.) Aina luottamusta ei pystytä saavuttamaan. Luottamus on suhde, joka rakentuu ihmisten välille vuorovaikutuksen kehittyessä ja edetessä. Yleensä jokainen vuorovaikutuksen osapuoli aistii luottamuksen selvästi. (Mönkkönen 2007, 121.)

#### 4 Asiakslähtöisyys

Nykypäivänä keskeinen käsite ohjauksessa on asiakslähtöisyys. Valtioneuvoston kuntoutuslonteossa (2002) edellytetään, että kuntoutuksen tavoitteet ja toimintakokonaisuuksien määrittely tehdään asiakkaan omista lähtökohdista. Myös menetelmien ja prosessien tulee olla aidosti kuntoutujalähtöisiä. Asiakas- ja kuntoutujalähtöisyydellä tarkoitetaan ajan, huomion ja kunnioituksen antamista asiakkaalle (Lahikainen 2000, 258). Tässä tekstissä viitataan myös kuntoutujakeskeisyyteen, jolla ei ole suoranaista yhteyttä asiakaskeskeisen terapian tai ohjauksen kanssa. Ne sisältävät kuitenkin paljon yhteisiä piirteitä, kuten käsityksen siitä, että terapian ohjauksen ja neuvonnan tai kuntoutustyön tulee lähteä ja edetä ensisijaisesti asiakkaan tavoitteista ja kokemusprosesseista käsin (Järvikoski 2000, 249.)

Fysioterapeutin tulisi olla tietoinen oman toimintansa luonteesta. Vain siten hän kykenee parhaiten vastaamaan asiakkaan odotuksiin ja tarpeisiin. Asiakslähtöisyys voi kuntoutuksessa toteutua vain, jos asiakkaan asema terapiasuhteessa tiedostetaan ja hänelle annetaan riittävästi tilaa osallistua terapiaan. (Talvitie 2003, 63.)

#### 4.1 Kliinisestä lähestymistavasta kohti asiakaslähtöisyyttä

Kuntoutus ja fysioterapia ovat kehittyneet historiallisesti samaa tahtia (Piirainen 2006, 10). Kuntoutustoiminnan vallitsevana paradigmana on pitkään ollut kliininen, eli vajavuuskeskeinen malli. Sen lähtöoletuksena on, että yksilön kuntoutumista pystytään parhaiten edistämään hankkimalla mahdollisimman objektiivista ja puolueetonta tietoa hänen ongelmistaan ja tilanteestaan, ja suunnittelemalla niiden pohjalta toimenpiteet. Tietoaaineksen, joka koostuu muun muassa lääketieteellisistä ja psykologisista tutkimustuloksista, testeistä sekä sosiaalista tilannetta kuvaavista tiedoista, katsotaan olevan tietolähteenä luotettavampaa, kuin asiakkaan antamat subjektiiviset käsitykset. (Järvikoski 2000, 249.)

Kliinisessä mallissa kuntoutuja on passiivisessa roolissa. Kuntoutustyöntekijä on asiantuntija, joka määrittelee tutkimuksen piiriin otettavat asiat ja tekee johtopäätökset saamistaan tuloksista. Kliinisessä lähestymistavassa vuorovaikutus on asiantuntijakeskeistä. Asiantuntija määrittelee asiakkaan fyysisen tilan lisäksi myös hänen minäkäsityksensä, tavoitteensa ja motivaationsa kysymättä niitä asiakkaalta itseltään. (Järvikoski 2000, 249–250; Mönkkönen 2007, 38.)

Asiantuntijakeskeisessä lähestymistavassa kuntoutustyöntekijä on kuntoutustyön subjekti. Hän on asiantuntija, joka arvioi ja antaa ohjeita. Asiakas puolestaan on objekti eli arvioinnin ja toimenpiteiden kohde, jonka oletetaan noudattavan saamiaan ohjeita. Kliinisessä lähestymistavassa asiakkaat havaitaan kuitenkin usein motivoitumattomiksi. Syystä tai toisesta he eivät toimikaan niin kuin heille olisi hyväksi. Tästä huolimatta kliinisessä mallissa toteutetaan työntekijän ja asiakkaan välistä yksipuolista valtasuhdetta, joka perustuu eriarvoisuuteen ja pal-kitsee ensi sijassa asiakkaan riippuvuutta. (Järvikoski 2000, 251.)

Asiantuntijakeskeisen mallin rinnalle alkoi 1980-luvulla muodostua asiakkaan kokemusmaailmaa korostava lähestymistapa, jota voidaan kutsua asiakaslähtöiseksi orientaatioksi (Mönkkönen 2007, 63). Siirryttäessä kliinisestä mallista kohti asiakaslähtöisyyttä on terveyspalvelujen käyttäjä vaihtunut passiivisen potilaan roolista aktiivisen asiakkaan rooliin. Terveystenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välinen suhde on muuttumassa hierarkkisesta auktoriteettisuhteesta kumppanuussuhteeksi. Asiakkaan ja ammattilaisen uudenlainen suhde tulee näkyviin itsemääräämisen ja omatoimisuuden lisääntymisenä. Asiakas ja ohjaaja nähdään molemmat asiantuntijoina ja ohjaustilannetta voidaan luonnehtia asiantuntijoiden kohtaamiseksi. (Butler, Rollnick & Stott 1996, 2; Tuorila 2000, 15.)

Kuntoutujakeskeisessä tai asiakaslähtöisessä mallissa asiakas on toiminnan subjekti, jolla on aktiivinen rooli elämäänsä suunnittelevana, vaihtoehtoja punnitsevana päätöksentekijänä. Kuntoutustyöntekijä puolestaan on yhteistyökumppani, joka toimii mahdollisuuksien avaaja-

na. Hänen tehtävänä on tukea asiakkaan omaa päätöksen tekoa ja pyrkiä lisäämään asiakkaan toimintakompetensseja valintojen tekoon. (Järvikoski 2000, 250.) Fysioterapiassa asiakaslähtöisyys lisää ohjauksen tehokkuutta, asiakkaan motivoitumista terapiaan, myöntyvyyttä interventioihin sekä asiakastyytyvääisyyttä ja valtaistumista. Asiakaslähtöisyys edellyttää, että asiakasta kohdellaan terapiassa yhteistyökumppanina, joka osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun. Häntä tulee myös kannustaa ottamaan vastuuta omasta terveydestään. (Dreeben 2010, 53–54.)

Terveyspalvelujen käyttäjät ovat entistä kiinnostuneempia osallistumaan terveyttä ja sairautta koskeviin päätöksiin. Ikäluokka ikäluokalta terveyspalvelujen käyttäjistä kasvaa yhä vaativampia asiakkaita, jotka osaavat ja uskaltavat pitää kiinni oikeuksistaan. Myös hoitomenetelmät ovat kehittyneet, joten terveyspalvelujen käyttäjien odotetaan olevan entistä valmiimpia vastaamaan omasta hoidostaan. Esimerkiksi leikkauksen jälkeiset hoitoajat ovat lyhentyneet, joten asiakkaat joutuvat ottamaan vastuun omasta toipumisestaan ja hoidostaan entistä aikaisemmin. (Tuorila 2000, 10, 15, 16.)

Onnistunut terapia edellyttää fysioterapeutin ja asiakkaan asiantuntemusten yhdistämistä, joten yhteistyön merkitys korostuu. Kun asiakkaat ovat päässeet siihen asemaan, että he todella pystyvät vaikuttamaan saamaansa terapiaan, ei paluuta asiakasta aliarvioiviin toimintatapoihin ole. Fysioterapian asiakkaina on tulevaisuudessa yhä enemmän aktiivisia ja vaativia asiakkaita. Suurin este aktiiviselle asiakkuudelle on kuitenkin se, että terveydentilan heikentyminen vähentää omatoimisuutta ja luo riippuvuutta muista ihmisistä. Sairastunut ihminen ei välttämättä jaksaa ottaa asioista selvää tai puolustaa oikeuksiaan, sillä omassa olotilassa on tarpeeksi kestämistä. (Tuorila 2000, 17–19.)

Asiakaslähtöisyys ei ole vuorovaikutuksen suhteen ongelmatonta. Väärin ymmärrettynä se saattaa johtaa asiakastilanteessa terapeutin liialliseen neutraaliuteen. Vuorovaikutuksesta puhuttaessa ei voida, eikä pidäkään edetä kokonaan toisen ehdoilla. Terapeutin tulee ottaa huomioon asiakkaan tarpeet, mutta hänen ei ole syytä toimia yksin niiden pohjalta. On hyvä miettiä, onko asiakkaan edun mukaista, että sulaudutaan kuuntelemaan vain hänen tarpeitaan, jolloin asiantuntijan osuus vuorovaikutuksesta jää taustalle. Jos ohjaussuhteessa lähdeään liian varovaisella ja neutraalilla tiellä, ei ohjaaja uskalla ottaa omaa rooliaan vastuullisena toimijana ja ammattilaisena tai hän ei uskalla laittaa asiantuntemustaan peliin. (Mönkönen 2007, 63–65.)

## 4.2 Valtaistuminen

Asiakaslähtöisyyden tavoitteena on valtaistuminen (empowerment). Sillä tarkoitetaan käsitystä, jonka mukaan kaikilla kuntoutusprosessiin osallistujilla on samanlaiset ja tasavertaiset oikeudet tuoda tilanteeseen omat näkemyksensä, toivomuksensa ja odotuksensa. Tällöin potilas ei ole enää ammattihenkilöiden määräämien hoitojen vastaanottaja, vaan hänellä on oikeuksia ja odotuksia myös terveydenhoidon asiakkaan ja oman hoitonsa toteuttajana. Asiakkaan valtaistuminen näkyy siinä, että hän osallistuu esimerkiksi fysioterapiaan aktiivisesti. (Talvitie ym. 2006, 56, 64.) Valtaistumisen edistämiseen liittyy asiakkaan ohjaaminen ja rohkaiseminen laajentamaan rooliaan päätöksen teossa, terveyteen liittyvässä käyttäytymisessä ja oman itsensä hoitamisessa (Dreeben 2010, 52).

Kuntoutujakeskeisen lähestymistavan oletetaan tukevan kuntoutusprosessin aikana asiakkaan valinta- ja päätösvaltaa ja johtavan asiakkaan valtaistumiseen. Sen oletetaan johtavan myös hänen oman tilansa parempaan tuntemukseen sekä suurempaan itsenäisyyteen ja uskallukseen. Ohjaustavan perustuessa asiakkaan voimavarojen käyttöönottoon, kasvaa hänen motivaationsa osallistua ja oppimisprosessi tehostuu. Vastaavasi kliinisen mallin oletetaan johtavan helposti opittuun avuttomuuteen, jolloin prosessin kuluessa yhä vähäisemmät ongelmat herättävät asiantuntija avun tarpeen. Kyse on kuitenkin olettamuksista, joita ei ole näytetty toteen, vaikka viitteitä niiden oikeellisuuden suuntaan onkin olemassa. (Järvikoski 2000, 252.) Asiakkaan kokemus siitä, että hän pystyy vaikuttamaan ohjaustilanteeseen, on Butlerin ym. (1996, 3) mukaan yhteydessä hoitomyöntyvyyteen.

Kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijänvälisen vuorovaikutuksen ja kuntoutusten tulosten kannalta tärkeä kysymys on miten voi auttaa auttamatta liikkaa. Eli miten asiakasta voidaan tukea niin, että kuntoutustyöntekijä toiminnallaan vahvistaa asiakkaan kyvykkyyttä, eikä omaansa. Ammattimaisen auttamistyön kompastuskivenä voivat olla holhoavat asenteet ja hyvää tarkoittavat, hoivaavat työotteet, jotka tuen antamisen sijaan heikentävät kuntoutujan valtaistumisen mahdollisuuksia. Jopa silloin, kun palvelujärjestelmän retoriikassa korostetaan valtaistumisen ja itsenäisyyden tavoitetta, saattaa itse toiminta osoittaa toisensuuntaisia merkityksiä. (Järvikoski 2000, 255–256.)

## 4.3 Ajan, huomion ja kunnioituksen antaminen

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu ajan, huomion ja kunnioituksen antaminen asiakkaalle. Ajan antamisella tarkoitetaan sitä, että kiireen keskelläkin on tärkeää kohdata asiakas kiireettömästi, jotta hänelle välittyy viesti siitä, että hänen asiansa on tärkeä. Kuntoutustyöntekijöiden kertoman mukaan suurin hyvän asiakaslähtöisen kuntoutuksen este on kiire. Kiireen näyttäminen asiakkaalle viestii siitä, ettei hänen asiansa ole terapeutille tärkeä, vaan että hänellä on



tärkeämpää tekemistä kuin kuunnella asiakasta ja antaa hänelle aikaa. Eri lyhytterapioiden parista saadut kokemukset kertovat, että olennaisempaa, kuin tapaamiskertojen lukumäärä ja niihin käytetyn ajan kesto, on se miten asiakkaan kanssa käytössä oleva aika parhaiten käytetään ja organisoidaan. Kuntoutujalähtöisyys edellyttää mukautumista kuntoutujan aikatauluun, mikäli kuntoutuksessa halutaan tuloksia. (Lahikainen 2000, 268; Onnismaa 2007, 39.)

Huomion antaminen kuuluu myös ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtiin. Huomion antamisessa korostuu asiakkaan kuunteleminen, välittäminen ja kuunnelluksi tulemisen kokemisen varmentaminen. Ohjaustilanteessa kuunteleminen poikkeaa arkisista tavoista kuunnella. Terapeutin on ymmärrettävä asiakkaan oma käsitys tilanteestaan arvioidakseen millaista tukea hän tarvitsee. Aktiivinen kuunteleminen vaatii herkkyyttä, koska henkilökohtaisista asioista puhumisen aloittaminen on usein vaikeaa. Terapeutin tulisi kuulla myös ne asiat, joita ei suoraan sanota ja joiden esille tuomista tietoisesti tai huomaamatta vältellään. Asiakas aistii herkästi, mikäli terapeutti kuuntelee häntä vain näennäisesti ja tällöin voi joko katkaista terapisuhteen tai tyytyä myös omalta osaltaan näennäisvuorovaikutukseen. Ohjaustilanteen tulisi olla turvallinen sekä fysioterapeutille ja asiakkaalle, jotta ajatuksia ja kokemuksia voidaan tuoda esille. (Friberg & Hansson Scherman 2005, 276–277; Lahikainen 2000, 272–273; Onnismaa 2007, 41.)

Ohjauksen kannalta on hyödyllistä selvittää, mitä potilas tarvitsee ja haluaa tietää. Ohjaus etenee toiselle tasolle, kun potilaan kokemuksia ja käsityksiä hänen sairaudestaan kuunnellaan. Jos potilas ei noudata saamia ohjeita, siihen ei ole hyödyllistä kiinnittää liikaa huomioita. On hyödyllisempää selvittää, kuinka potilas kokee ja käsittää asioita, ja luoda sellainen ympäristö, jossa potilaan on mahdollista muuttaa käsitystään terveydentilastaan. Ohjaustilanteen ei tulisi olla yhdensuuntainen opetustilanne, vaan dialogi, jossa myös fysioterapeutti laajentaa tietämystään erilaisista kokemisen ja käsittämisen tavoista. (Friberg & Hansson Scherman 2005, 276–277.)

Kunnioitus ja empatia ovat ohjaussuhteen lähtökohtia (Onnismaa 2007, 42). Asiakkaan kunnioittaminen edellyttää hänen itsemääräämisoikeutensa ja muiden ihmisoikeuksien tunnustamista sekä niiden voimassa pitämistä ja voimaan saattamista. Ehdottoman tärkeää on, että ohjaaja pidättäytyy sellaisesta toiminnasta, joka merkitsee asiakkaan itsemääräämisoikeuden rikkomista. Kunnioitus on positiivista suhtautumista asiakkaaseen ja hänen hyväksymistään sellaisena kuin hän on. Kunnioituksella ohjauksen välineenä ei tarkoiteta ainoastaan muodollista ja kohteliasta kanssakäymistä, jota usein erehdytään pitämään asiakaslähtöisyytenä. Kunnioituksen osoittaminen asiakkaalle on tärkeää kuntoutuksessa, mutta se on usein vaikeaa. Kunnioituksen osoittaminen haastaa ohjaajan omat arvot sekä hänen autenttisuutensa ohjaustapahtumassa. Asiakasta tulisi kunnioittaa kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan kuntoutuksessa sitä, että ohjaaja on läsnä ohjaustapahtumassa myös ihmisenä,

eikä vain ammattilaisena. Kunnioituksen antaminen edellyttää, että ohjaajalla on riittävän hyvä itsekunnioitus, ja hän arvostaa itseään niin henkilönä kuin ammattilaisena. (Lahikainen 2000, 276–277.)

Butlerin ym. (1996, 2) mukaan kunnioittava ja hyväksyvä suhde saattaa olla apuna edistämässä asiakkaan henkilökohtaista kasvua ja terveyttä. Sen vuoksi asiakasta tulee kunnioittaa huolimatta siitä noudattaako hän annettuja ohjeita. Itse asiassa asiakas saattaa olla myöntymättä ohjaajan neuvoihin, jos hän havaitsee ohjauksen arvomaailman kilpailevan omien arvojensa kanssa.

#### 4.4 Tiedon saaminen ja antaminen

Asiakaslähtöisessä mallissa pyritään tulemaan toimeen mahdollisimman vähällä tiedolla. Luukun ottamatta alkuinformaatiota, jonka tulisi olla mahdollisimman selkeää, olennaiseen keskittyvää ja tiivistä, asiakas ratkaisee viime kädessä itse sen mitä tietoja hän haluaa antaa itsestään ja elämäntilanteestaan. Ohjaus- ja neuvontatyössä yleisenä kokemuksena on, että asiakas tuo ensitapaamisessa esille olennaiset tiedot, jotka voivat vaikuttaa hänen tilanteeseensa ja sen muutokseen, mutta niitä osataan harvoin tulkita oikein. (Lahikainen 2000, 274.)

Pienimmän mahdollisen informaation periaatteen mukaan tietojen tarkkuudella on suurempi merkitys kuin tiedon määrällä. Ohjaaja voi tarkentaa asiakkaan antamaa tietoa tarkentavilla kysymyksillä. Samalla hän voi muotoilla uudelleen tai muuttaa tiedonantoon sisältyvää näkökulmaa tai asennetta. Haastattelu on käytännöllinen ja nopea tapa hankkia tietoa ohjauksen eri vaiheissa, kunhan vältetään ristikuulustelua muistuttavaa asetelmaa. (Lahikainen 2000, 274–275.)

Ohjaustilanne ei ole koulutustilaisuus, jonka vuoksi sen keskeinen sisältö ei koostu tiedon jakamisesta. Tiedon antamiseen pätee sama periaate kuin sen kysymiseen kuntoutujalta: informaatiota annetaan niin vähän, kuin suinkin on ohjauksen tavoitteiden puitteissa mahdollista. Kyse on enemmin neuvojen ymmärtämisen varmistamisesta, kuin hyvien neuvojen jakamisesta riippumatta siitä, miten asiakas niihin suhtautuu. Asiakkaan on helpointa vastaanottaa sellaisia neuvoja, joita hän olisi itse taipuvainen antamaan itselleen. Informaation niukkuuden periaate edellyttää ohjaajan harkintaa siitä, mitkä tiedot ovat toisaalta ensiarvoisia ja kiireellisiä sekä toisaalta helpoimmin omaksuttavia. Se toimii vastakohtana tietotulvalle, josta asiakas ei välttämättä kykene vastaanottamaan paljoakaan, ja joka lisää hänen avuttomuuden tunnettaan. (Lahikainen 2000, 275.)

Tuorilan (2000) mukaan riittävä tiedonsaanti mahdollistaa sen, että terveyspalveluiden käyttäjä voi toimia aktiivisena asiakkaana. Asiakkaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan

maallikkokielellä, ei ammattilaistermejä käyttäen. Fysioterapeutin on otettava huomioon asiakkaan mahdollisesti rajoittunut vastaanottokyky esimerkiksi leikkauksen jälkeen ja se miten tarkoin asiat pitää selittää. Pelkkä tiedon antaminen ei riitä, vaan asiakkaan tulee ymmärtää ohjattavat asiat, jotta hän voi saada lisätietoa haluamistaan asioista. (Tuorila 2000, 42 - 43.)

Jotta fysioterapeutin on mahdollista antaa riittävästi tarpeellisia tietoja, on asiakkaan ilmaistava tiedolliset tarpeensa. Jos asiakas ei kerro mitä hän haluaa tietää, voi tiedonsaanti jäädä vajavaiseksi, koska fysioterapeutti ei voi aina tietää millaista tietoa kukin potilas tarvitsee. Aktiivisen asiakkaan rooliin liittyy sellainen paradoksi, että usein tietoja eniten tarvitsevat henkilöt eivät jaksa tai osaa kysellä niitä riittävästi. Passiiviset henkilöt jäävät helposti vaille riittäviä tietoja ja huomiota, kun taas aktiiviset henkilöt saavat oma-aloitteisuutensa ansiosta tarpeeksi tarvitsemiaan tietoja. (Tuorila 2000, 46–47.)

Mielestään riittävästi tietoa saaneiden asiakkaiden tyytyväisyys saattaa olla petollista. Asiakkaat voivat luulla saaneensa riittävästi oikeaa tietoa, koska he eivät fysioterapian asiantuntemuksen puuttumisen vuoksi tiedä, millaista tietoa he tarvitsevat. He saattavat olla tyytyväisiä saamaansa tietoon, vaikkei sille olisi riittäviä perusteita. On myös mahdollista, että asiakas uskoo tietävänsä jonkin asian, eikä sen vuoksi kysy siitä terapeutilta, mutta todellisuudessa hänen tietonsa onkin väärä ja jää helposti oikaisematta. (Lahikainen 2000, 275–276; Tuorila 2000, 47–48.)

Asiakkaan tiedon saamisen riittävyttä saattaa vaikeuttaa muistamattomuus. Vain osa fysioterapeutin kertomista asioista jää asiakkaan mieleen, ja jälkeinpäin asiakas saattaa kokea, ettei hänelle ole annettu riittävästi tietoa, vaikka fysioterapeutti olisi ohjannut häntä perusteellisesti. Asiakkaan on hyvä saada suullisesti kerrottu tieto myös kirjallisena, jotta muistamattomuudesta johtuvat ongelmat vähenevät. (Tuorila 2000, 48.)

## 5 Lonkan tekonivelleikkaus ja postoperatiivinen fysioterapia

Tekonivelleikkauksella tarkoitetaan sairaan nivelen korvaamista keinotekoisella istutteella. Yleisin leikkausindikaatio on nivelrikko, jonka vuoksi Suomessa tehdään vuosittain 90 lonkan primaarileikkausta 100 000:ta asukasta kohti. Vuonna 2003 nivelrikon vuoksi tehtyjen primäärien tekonivelleikkausten lukumäärä oli 4 928 kappaletta. Kalleudestaan huolimatta tekonivelleikkaus on kustannustehokas ja elämänlaatumittareilla arvioituna hyvin vaikuttava hoito. (Heliövaara ym. 2008.)

Viime vuosina tekonivelleikkauksen aiheet ovat saaneet täsmennystä. Merkittävimmät leikkauksaiheet ovat leposärky, raskauskipu ja päivittäisten toimintojen rajoitukset. (Heliövaara ym. 2008.) Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan tekonivelleikkauspotilaalla tulee olla nivelrikoon sopiva radiologisen löydöksen lisäksi nivelkipua, joka ei ole hallittavissa konservatiivisin keinoin tai toimintakykyyn olennaisesti vaikuttava nivelen liikevajaus tai virheasento, joka voidaan kliinisesti havaita. Lonkan tekonivelleikkauksen aiheena on muulle hoidolle reagoimaton hankala nivelen kuluma ja sen aiheuttama kipu.

## 5.1 Lonkan tekonivelleikkaus

Tuhoutunut nivel korvataan joko puoli- tai kokoproteesilla tekonivelleikkauksessa. Lonkan tekonivelen kehittäminen on alkanut 1920-luvulla. Vuosien varrella materiaalit ovat kehittyneet ja 1980-luvulla tekonivelen kuluminen ja kitka saatiin minimoiduksi pienen kontaktipinnan ja nestepintavoitelun avulla. Nykyisin on kokoproteesin lisäksi käytössä puoli- eli pinnoitetepteesi. Pinnoitetekonivelessä reisiluun päätä ei katkaista, vaan nivelpinta päällystetään metallikuorella. Pinnoitetekoniveltä suositellaan alle 60-vuotiaalle perusterveille ja fyysisesti aktiivisille henkilöille, joiden eliniän ennuste on pidempi, kuin tavanomaisen tekonivelen kestoikä. (Stogiannidis ym. 2007.)

Lonkan kokoproteesissa molemmat nivelpinnat uusitaan ja reisiluun pää korvataan endoproteesilla. Tekonivel koostuu usein muovisesta nivelkuopasta ja reisiluun yläosan korvaavasta metallisesta endoproteesista. Yleensä proteesi kiinnitetään luusementillä, mutta kiinnitys voidaan tehdä myös ilman sementtiä. Nykyisin markkinoilla on paljon erilaisia proteesimalleja ja -merkkejä, joista potilaalle valitaan sopivin vaihtoehto. (Korte ym. 1997, 93; Rokkanen ym. 2003, 382, 385.)

Tekonivelleikkaus suoritetaan kylkiasennossa spinaalipuudutuksessa, ellei sille ole vasta-aihetta. (Korte ym. 1997, 94, 96). Leikkauksessa reisiluun pää sahataan poikki ja poistetaan. Reisiluun ydinonteloa suurennetaan, minkä jälkeen ydinonteloon laitetaan luusementtiä ja reisiluun yläosa korvataan metallisella tai keraamisella endoproteesilla. Acetabulumista poistetaan luuta, jotta proteesikuppi mahtuu nivelkuoppaan. Nivelkuoppaan on porattava reikiä ja mahdolliset nivelkuoppaan ulottuvat kystat on poistettava, jotta sementillä kiinnittäminen onnistuu. Muovista tai metallista valmistettu kuppiosa kiinnitetään luusementillä sopivaan kulmaan, joka on yleensä 45 asteen abduktiossa ja 20 asteen anteversiossa. Luusementti kiinnittyy noin 8–10 minuutissa. Lopuksi nivel asetetaan paikoilleen. (Rokkanen ym. 2003, 374, 382; Roberts ym. 2004, 794.)

Sementittömässä kiinnitystavassa proteesin kiinnittyminen tapahtuu luunmurtuman paranemismekanismeilla. Sementittömän proteesimallin osat eroavat siinä, että luun kanssa kos-

ketuksissa olevat metalliset pinnat ovat mattamaisia, jotta luu kasvaisi proteesin pintaan kiinni. Lonkkamaljaan asetettavan metallisen kupin pysyvyyttä voidaan varmistaa ruuveilla, joita varten kupissa on reikiä. Metallisen kupin sisälle laitetaan tämän jälkeen muovinen kuppi, joka toimii liukupintana metalliselle endoproteesin päälle. (Rokkanen ym. 2003, 374; Suomen nivelyhdistys ry. 2010.)

## 5.2 Postoperatiivinen sairaalavaiheen fysioterapia

Lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvä fysioterapia vaihtelee Suomessa sairaalakohtaisesti. Siihen liittyy yleensä kotivoimisteluun ja toipumiseen liittyvää ohjausta, mutta ohjauksen ja harjoittelun systemaattisuus ei ole kovin yleistä (Hämäläinen & Seppänen 2005, 7). Lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvän fysioterapian tavoitteena on fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentaminen ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen, kivun ja pelon vähentäminen ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen edistäminen. Fysioterapian suunnittelu ja toteutus tehdään yhteistyössä potilaan ja hoitavan tai leikkaavan lääkärin kanssa. Tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle annetaan ohjausta ja neuvontaa ennen leikkausta preoperatiivisella käynnillä. (Kettunen ym. 2009.) Preoperatiivisella käynnillä ohjataan sauva-kävely, vuoteesta ylösnousu ja vuoteeseen takaisinmeno, nilkkojen pumppaavat harjoitukset sekä hengitysharjoitukset. Fysioterapeutti arvioi myös nivelliikkuvuutta sekä liikkumis- ja toimintakykyä ja lisäksi kävelyä, liikkumista ja asentoa havainnoidaan. (HYKS 2008.)

Leikkauksen jälkeen potilaat saavat yleensä heti kuormittaa operoitua alaraajaa (Käypä hoito 2007). Kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Kuntoutuksessa huomioidaan kudosten paranemisprosessi ja leikkaustekniikka. Postoperatiivisen fysioterapian tavoitteena on, että potilas omaksuu tekonivelleikkauksen jälkeen tarpeelliset liike- ja kuormitusrajoitukset, hallitsee turvallisen liikkumisen, motivoituu aktiiviseen harjoitteluun saatujen ohjeiden mukaan ja kykenee liikkumaan apuvälineiden turvin, jolloin selviytyminen kotona on mahdollista. (Patteri 2005, 58–59.)

Leikkauksen jälkeen fysioterapeutti arvioi kipua yhdessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Fysioterapeutin tulee osaltaan huomioida, että kipulääkitys on optimaalinen mobilisaation aloittamiseksi. (HYKS 2008.) Nilkkojen pumppausliikkeet, joiden tarkoituksena on verenkierron vilkastuttaminen ja alaraajojen turvotuksen vähentäminen aloitetaan heti leikkauksen jälkeen. Nilkkoja suositellaan liikuteltavaksi useita kertoja päivässä. (Liuhanen, Nieminen, Rajala & Rönkkö 2007, 12.) Potilaalle ohjataan progressiiviset leikkauksen jälkeiset liike- ja liikuntaharjoitusohjeet. Harjoitusohjelman tavoitteena on parantaa alaraajojen nivelten liikkuvuutta, vahvistaa lihaksistoa ja parantaa seisomatasapainoa. Lisäksi harjoitukset tähtäävät kävelyn ja siirtymisten varmentumiseen, päivittäisten toimien sujuvuuden helpottamiseen sekä fyysisen toimintakyvyn ja kunnon kohentumiseen. (Kettunen 2009; Käypä hoito 2007.)

Leikkauksen jälkeen leikatun nivelen liikkuvuutta ja lihasvoimaa harjoitetaan ensin isometrisillä ja dynaamisilla liikeharjoituksilla makuulla. Muutaman päivän kuluttua leikkauksesta aloitetaan aktiiviset harjoitteet. Harjoittelun kuormittavuutta lisätään parantumisen edetessä. Lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen harjoitusohjelmaan kuuluu muun muassa lonkan loitontajien lihasvoiman harjoittaminen. Aluksi kuormana käytetään alaraajan omaa painoa. Kuormittavuutta lisätään vähitellen tekemällä liike painovoimaa vastaan. Kuormittavuutta voidaan kasvattaa muuttamalla liikkeen alkuasentoa. (HYKS 2008; Talvitie ym. 2006, 339.)

Kävelyharjoitukset aloitetaan toisena postoperatiivisena päivänä. Potilas ohjataan käyttämään liikkumisen apuvälinettä esimerkiksi rollaattoria tai kyynärsauvoja siihen asti, kunnes hän saa luvan ja uskaltaa varata painon täysin leikatulle alaraajalle. (HYKS 2008; Talvitie ym. 2006, 339.) Potilaalle ohjataan kaksi- tai kolmipistekävely sekä porraskävely ylös ja alas. Kävelyharjoitusten tavoitteena on liikkua omatoimisesti ja turvallisesti kyynärsauvojen tai kävelytelineen avulla ennen kotiutumista. (Liuhanen ym. 2007, 14.) Leikkauksen jälkeen varhain tehostettu fysioterapia saattaa nopeuttaa toiminta- ja kävelykyvyn saavuttamista jonkin verran jo sairaalavaiheessa. Sairaalavaiheen jälkeinen intensiivinen fysioterapiajakso saattaa edelleen kohentaa fyysistä toimintakykyä. (Kettunen, Häkkinen, Kangas, Multanen, Ulaska, & Virtapohja, 2009.)

Potilaalle ohjataan myös liikkumis- ja asento-ohjeet sekä liikerajoitukset. Potilas saa maata selällään ja terveellä kyljellään. Jalat pidetään erillään kiilatyynyn avulla. Leikatulle kyljelle voi kääntyä 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta. Kahden kuukauden ajan leikkauksen jälkeen tulisi välttää lonkan koukistamista yli 90 asteeseen, lonkan kiertoliikkeitä ja leikatun alaraajan viemistä ristiin toisen alaraajan yli. Asentohoidon ja apuvälineiden avulla potilas pystyy välttämään asennot ja liikkeet, jotka ovat kiellettyjä ensimmäisen kuukauden aikana. Tavallisessa tuolissa istuessa tulisi käyttää korotustyynyä lonkan 90 asteen fleksion sekä haava-alueen venytyksen välttämiseksi. Lisäksi tulisi käyttää wc-istuimen koroketta. Alavartalon pukeminen ja riisuminen tulisi tehdä korotustyynyllä istuen, välttäen vartalon eteen taivuttamista. Leikkauksen jälkeen autossa matkustaessa tulisi käyttää lonkkatyynyä noin kahden kuukauden ajan. (Liuhanen ym. 2007, 16.)

Tavoite sairaalassaoloajalle leikkauksen jälkeen on noin kolme vuorokautta (HYKS 2008). Lonkkaleikkauspotilaan sairaalasta kotiutumisessa tulee ottaa huomioon monia asioita. Tärkeintä on motivoida potilas leikkauksesta kuntoutumiseen, joka kestää 3-6 kuukautta. Alavartalon saa pukea ilman apuvälineitä kolmen viikon kuluttua leikkauksesta, koska sitä ennen vartaloa ei saa taivuttaa. Autolla ajamista ei suositella neljän ensimmäisen viikon aikana. Potilaalle tulee ohjata oikeat liikeradat ja rajoitukset, jotta vältetään vääriä liikeratoja. Näin

estetään uuden lonkkanivelen sijoiltaan meno leikkauksen jälkeen. (Liuhanen ym. 2007, 14–15.)

Potilas jatkaa harjoittelua kotona sairaalasta saamiensa suullisten ja kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Harjoitteiden kuormittavuutta ja monipuolisuutta lisätään vähitellen. Tärkeää toimintakyvyn palautumisen ja kuntoutumisen kannalta on se, että potilas pysyy mahdollisimman aktiivisena ja omatoimisena. (Talvitie ym. 2006, 340.) Liikunta leikkauksen jälkeen on erittäin suositeltavaa, mutta lonkkaa ei pidä altistaa tärähdyksille. Hyppiminen, juokseminen kovalla alustalla tai kyykistyminen ääriasentoon eivät ole siis suositeltavia. Jälkitarkastuksen jälkeen kuntoutumisvaiheessa sopivia liikuntamuotoja ovat muun muassa uinti, pyöräily, hiihto tasamaalla ja tanssi. (Liuhanen ym. 2007, 16.)

Muun muassa Jesudason ja Stiller (2002) ovat tutkineet vuodeharjoitusten tarpeellisuutta lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Heidän tutkimukseensa osallistui 42 potilasta, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Kontrolli- sekä harjoitteluryhmässä olevia potilaita mobilisoitiin määritellyn postoperatiivisen protokollan mukaan. Harjoitteluryhmässä oleville potilaille ohjattiin myös vuoteessa tehtäviä harjoitteita. Tuloksista käy ilmi, että vuoteessa tehtävät harjoitukset eivät parantaneet leikatun lonkan toimintaa, liikkuvuutta, eivätkä vähentäneet kipua. Leikkauksen jälkeisessä akuutissa sairaalavaiheessa potilaan varhainen liikkeelle aktiivointi on siis tärkein kuntoutusmenetelmä. (Jesudason & Stiller 2002, 73.)

Myös Smith, Mann, Clark ja Donell (2008) ovat tutkineet, parantaako lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen vuodeharjoittelu aikuispotilaiden toiminnallisia tuloksia ja elämänlaatua. Tutkimukseen osallistui yhteensä 60 potilasta. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään, joista toisella ryhmällä oli kävelyn harjoittelua sekä vuodeharjoittelua ja toisella ryhmällä vain vuodeharjoittelua kuuden viikon ajan leikkauksen jälkeen. Vuodeharjoitukset koostuivat nilkan dorsaali- ja plantaarifleksioista, aktiivisesta polven fleksiosta sekä staattisista etureisi- ja pakaralihasharjoitteista. Alussa sekä kolmen päivän ja kuuden viikon kuluttua leikkauksesta arvioitiin Iowa Level of Assistance Scale -testi (ILOA), the Short Form-12 Health Survey -tutkimus (SF-12), sairaalassa oloaika sekä postoperatiiviset komplikaatiot. Tuloksista käy ilmi, että ILOA -testin tuloksissa ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa lähtötilanteessa, eikä kolmen päivän tai kuuden viikon kohdalla. Tutkimuksessa päätellään, että lisätty vuodeharjoittelu ei kuuden leikkauksen jälkeisen viikon aikana merkittävästi paranna lonkan tekonivelleikkauspotilaiden toimintaa tai elämänlaatua. (Smith ym. 2008, 286.)

Ots (2009) selvitti opinnäytetyössään, miten fysioterapeutilta saadut kotiohjeet olivat auttaneet leikkauspotilaiden selviytymiseen kotona, miten tekonivelleikkauksen jälkeinen kotiharjoittelu oli vaikuttanut leikkauksesta toipumiseen ja mitkä tiedot olivat leikkauspotilaalle merkityksellisiä. Opinnäytetyöhön osallistui kaksi potilasta. Opinnäytetyössä käytettiin laadul-

lista tutkimusmenetelmää ja aineisto oli kerätty puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Tulokset osoittivat, että tekonivelleikkauksesta toipuvat potilaat olivat fysioterapeutilta saamiensa kotiohjeiden mukaan selviytyneet kotona itsenäisesti, eivätkä tarvinneet selviytymiseksi lisätietoja, avustusta tai ohjausta. Opinnäytetyössä selvisi, että potilaiden mielestä kotiohjeet muistuttivat sekä täydensivät ohjausta. Opinnäytetyön johtopäätös oli, että tarve kirjallisille kotiohjeille on edelleen olemassa. (Ots 2009, 18, 23–25.)

Stevens, Wagenmakers, Groothof, Bulstra, van den Akker-Scheek ja Zijlstra (2007, 196–199) tutkivat sitä kuinka ne lonkan tekonivelleikkaukseen tulevat potilaat, joilla on riski altistua riittämättömälle fyysiselle aktiivisuudelle, voidaan tunnistaa yksinkertaisten preoperatiivisten tunnusmerkkien avulla. Lisääntynyt ikä, alhainen koulutustaso sekä yksin asuminen olivat heidän mukaansa yhteydessä inaktiiviseen elämäntyyliin. Tutkimusryhmän mukaan kirurgit ja muut terveydenhuoltotyön ammattilaiset eivät ole riittävästi keskittyneet lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fyysisen aktiivisuuden hyötyihin. Ohjauksen painopisteen tulisi heidän mukaansa olla siinä, että potilaiden tietoisuutta säännöllisen fyysisen aktiivisuuden hyödyllisistä vaikutuksista lisättäisiin.

## 6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapia ohjaus on potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tulosten avulla tietoa, jota voidaan hyödyntää lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen fysioterapiaohjauksen kehittämiseksi potilaan tarpeita vastaavaksi.

Tutkimustehtävä: selvittää lonkan tekonivelleikkauspotilaiden käsityksiä sairaalavaiheen fysioterapiaohjauksesta.

## 7 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö edustaa kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää ja kuvata tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 152.)

Opinnäytetyössä haluttiin selvittää potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksesta, joten laadullinen menetelmä oli sopiva tähän opinnäytetyöhön. Aineisto kerättiin teemahaastattelu-



jen avulla, joka on yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. Aineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

## 7.1 Laadullinen tutkimus

Laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa keskittyminen tutkittavien näkökulmaan, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, aineistolähtöinen analyysi, hypoteesittomuus, tutkimuksen tyylilaji, tulosten esitystapa sekä tutkijan asema ja narratiivisuus. (Eskola & Suoranta 1999, 13–15.) Laadullinen tutkimus keskittyy usein varsin pieneen määrään tapauksia. Aineiston tieteellisyyden kriteeri ei siis ole määrä vaan laatu. Harkinnanvarainen otanta perustuu tutkijan kyvylle rakentaa tutkimukseensa vahvat teoreettiset perustukset, jotka osaltaan ohjaavat aineiston hankintaa. Laadullisessa tutkimuksessa kyseessä on lähes aina näyte, ei otanta. (Eskola & Suoranta 1999, 13–19.)

Laadulliselle aineistolle tyypillistä on, että se on ilmiänsuhtaan tekstiä, joka muodostuu esimerkiksi haastatteluista, havainnoinneista, päiväkirjoista tai artikkeleista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma voi elää tutkimushankkeen mukana. (Eskola & Suoranta 1999, 13–15.) Tämän opinnäytetyön aineisto muodostuu haastatteluista ja niistä litteroidusta tekstistä.

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineistonkeru- ja analyysimenetelmiä. Laadullinen tutkimus -nimitystä voidaan kritisoida, koska se saattaa olla harhaanjohtava. Nimitys voi antaa vaikutelman paremmasta tai pehmeämmästä tutkimuksesta. Määrällistä ja laadullista tutkimusotetta ei kuitenkaan pitäisi katsoa kilpailevina ja toisensa poissulkevinä. Tutkimuksen ei siis tarvitse olla joko määrällistä tai laadullista, koska myös laadullisessa tutkimuksessa voi olla näkyvästi mukana määrällisen tutkimuksen elementtejä, kuten esimerkiksi kvantifiointia eli määränä ilmaisemista. Laadullinen ja määrällinen tutkimus eroavat siten, että niiden tutkimusasetelmat ovat erilaisia. (Töttö 2004, 9–20.)

Hypoteesittomuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkijalla ei ole lukkoon lyötyjä ennakko-olettamuksia tutkimuksen tuloksista tai tutkimuskohteesta. Tutkijalla on vapautta, joka antaa mahdollisuuden joustavaan tutkimuksen tekoon. Tutkijan tulisi laadullista analyysia tehdessään yllättyä tai oppia. Tutkijalta vaaditaan myös tutkimuksellista mielikuvitusta, esimerkiksi uusien menetelmällisten ratkaisujen kokeilemistä. (Eskola & Suoranta 1998, 19–25.)

Kokemuksen tutkiminen kuuluu laadullisen tutkimuksen piiriin. Kokemus on ollut tutkimusten metodisena lähtökohtana kasvatustieteessä, fysioterapiassa ja hoitotieteessä. Kokemus sanana on laaja-alainen ja yleiskielinen. Sillä on useampia merkityksiä, joista yhden mukaan se on kokeilun ja kokeen lähtökohdista aistein havaitun tiedon perusta. Koettu kokemus puolestaan

viittaa joko subjektiiviseen elämykseen tai ruumiilliseen tuntemukseen. Kokemus voidaan nähdä myös suhteena maailmaan ja toisiin ihmisiin. Kokemus voi muuttua ajan myötä, kun ihmisen ymmärrys kokemuksesta muuttuu. (Pirainen 2006, 13–14, 19). Tässä opinnäytetyössä tutkitaan potilaiden käsityksiä, sillä kokemuksen tutkiminen fenomenologisen menetelmän avulla olisi liian haastavaa ammattikorkeakoulutasoiselle opinnäytetyölle.

## 7.2 Aineiston hankinta

Tutkimukseen ja opinnäytetyöhömmme osallistuvat potilaat valittiin tietyin kriteerein. Ensimmäinen kriteeri oli, että potilas 60–80 -vuotias ensimmäiseen lonkan tekonivelleikkaukseen tuleva suomenkielinen potilas. Leikkauspäivän tuli olla maanantai, tiistai tai perjantai, jotta vältettäisiin potilaan kotiutuminen viikonlopun aikana. Haastattelut tehtiin kolmantena postoperatiivisena päivänä ja opinnäytetyön tekijöiden oli mahdollista tehdä niitä vain arkipäivinä, joten kotiutuminen viikonloppuna ei tullut kyseeseen.

Fysioterapian osastonhoitaja pyysi potilaita osallistumaan tutkimukseen soittamalla heille puhelimitse. Leikkaukset alkoivat viikolla kolme vuonna 2010. Yllä olevien kriteerien mukaan potilaille soitettiin jonohoitajalta saadun listan järjestyksen mukaan. Mikäli potilasta ei tavoitettu kahden soittoyrityksen jälkeen, siirryttiin listalla eteenpäin. Puhelimitse tavoitettiin viisitoista potilasta, joista viisi kieltäytyi ja kymmenen suostui osallistumaan tutkimukseen. Potilailta pyydettiin vielä myöhemmin kirjallinen lupa (ks. liite 2) ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä, jonka teki toinen opinnäytetyöpari. Yksi haastatteluihin lupautuneista potilaista leikattiin alkuperäisestä aikataulusta poiketen, joten lopullinen haastateltavien määrä oli yhdeksän potilasta, joista kahdeksan oli naisia ja yksi mies.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on yksi puoli-strukturoidun haastattelun muoto (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47). Haastattelun teemat luotiin yhteistyössä opinnäytetöitä hankkeessa tekevien opiskelijoiden sekä akuuttisairaalan henkilökunnan kanssa.

Haastattelu tiedonkeruun muotona oli opinnäytetyössämme luonteva ja tarkoituksen mukainen, sillä se mahdollisti tiedonkeruun suuntaamista vielä itse haastattelutilanteessa. Opinnäytetyömmme aiheesta ei ollut juurikaan aiempaa tutkimustietoa. Kyseessä oli siis vähän kartoitettu ja tuntematon aihe, jolloin vastausten suuntia oli etukäteen vaikea hahmottaa. Näin ollen esimerkiksi kyselylomake ei todennäköisesti olisi antanut riittävän syvää kuvaa aiheesta. Haastattelulla haluttiin korostaa sitä, että ihminen nähdään tutkimustilanteessa subjektina, jolle halutaan antaa mahdollisuus tuoda esiin itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Haastattelun avulla oli myös mahdollista saada esiin vastausten taustalle olevia motiiveja. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34–37.)

Haastattelun suorittaminen vaatii haastattelijalta taitoa ja kokemusta. Hirsjärven ja Hurmeen (2006, 72–73) mielestä haastattelijan tehtävään pitäisi kouluttautua. Olimme saaneet ohjausta ja hieman kokemusta haastattelun tekemisestä dialogisen fysioterapian kurssilla suorittaessamme Hyvinvointi TV- projektin tutkimushaastatteluja, mutta haastattelujen alkuvaiheessa koimme teemahaastattelutaitomme puutteellisiksi.

Hirsjärven ja Hurmeen (2006, 72–73) mukaan esihaastattelut ovat välttämätön ja tärkeä osa teemahaastattelua. Haastattelurunkoa testattiin tekemällä koehaastatteluja sukulaisille. Käytännössä koehaastattelujen tekeminen ei kuitenkaan lisännyt valmiutta teemahaastattelun suorittamiseen, sillä koehaastateltavat eivät tunteneet aihepiiriä lainkaan, eivätkä näin ollen osanneet omin sanoin vastata esitettyihin kysymyksiin, jolloin haastattelun rakenne väkisinkin ohjautui kysymys-vastaus -tyyppiseksi. Koehaastateltavat antoivat kuitenkin muutamia hyviä käytännön ehdotuksia teemahaastattelua varten.

Varsinaiset haastattelut suoritettiin sairaalassa kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Pääsääntöisesti haastattelut tapahtuivat viimeisen fysioterapeuttisen ohjaustilanteen jälkeen ennen potilaan kotiin lähtöä. Kahden potilaan kohdalla kotiutuminen tapahtui vasta neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, tai myöhemmin, mutta heidänkin haastattelunsa tehtiin kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Sairaalan henkilökunta oli sopinut haastatteluajat ja järjestänyt tilat haastatteluille. Yhtä haastattelutilannetta lukuun ottamatta haastattelutila oli istumajärjestelyiltään ja häiriöttömyydeltään hyvä. Haastattelun alussa kerrottiin haastattelun tarkoituksesta ja käytiin lyhyesti läpi haastattelun rakenne, jotta haastateltavien olisi ollut helpompaa hahmottaa tulevaa tilannetta (Hirsjärvi & Hurme 2006, 92–93).

Haastattelut tehtiin aluksi niin, että toinen toimi haastattelijana ja toinen esitti tarvittaessa lisäkysymyksiä. Aluksi haastattelut saivat kokemattomuutemme vuoksi hieman kuulustelumaisen piirteen. Tästä huolimatta suurimmassa osassa haastatteluja pystyttiin luomaan luottamuksellinen suhde haastateltavaan. Lisäohjauksen ja kokemuksen myötä haastatteluja pystyttiin muuttamaan teemahaastattelulle tunnusomaiseen keskustelevampaan tyyliin. Tässä apuna oli esimerkiksi teemahaastattelurungon muuttaminen mind map -muotoiseksi ja muuttamalla kysymyksen asettelua enemmän muotoon ”Kertoisitko seuraavaksi...” tai ”Millaisia ajatuksia sinulla on...” sen sijaan, että olisi kysytty suoraan tiettyä asiaa. Loppuvaiheen haastattelut suoritettiin aikataulullisista syistä vuorotellen vain yhden haastattelijan voimin. Haastatteluteemat löytyvät liitteestä 1.

### 7.3 Aineiston analyysi

Haastattelujen analyysi alkaa niiden perusteellisesta tarkastelemisesta ja litteroimisesta. Tallennetun aineiston purkamiseen on periaatteessa valittavana kaksi tapaa. Niistä ensimmäinen on aineiston sanasta sanaan puhtaaksi kirjoittaminen eli litterointi. Se voidaan tehdä koko haastatteludialogista tai valikoiden esimerkiksi vain teema-alueista tai vain haastateltavan puheesta. Toisessa tavassa aineistoa ei kirjoiteta tekstiksi, vaan päätelmiä tai teemojen koodaamista tehdään suoraan nauhoitteesta. Litterointi on aikaa vievää puuhaa. Eri analyysiohjelmat asettavat litteroinnille erilaisia vaatimuksia, joten litteroinnin tarkkuuteen on syytä kiinnittää huomiota heti alusta asti. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 138.) Vaikka aineiston analyysissä ei käytetty analyysiohjelmia, aineisto purettiin sanasanaisesti litteroiden, sillä muut tutkimushankkeessa mukana olevat tulevat käyttämään litterointeja myöhemmässä vaiheessa.

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää tutkimusaineisto niin, että siitä tulee selkeämmin hahmotettava, kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tiivistämällä aineisto saadaan informatiivisempaan muotoon, jota on helpompi käsitellä. Sisällönanalyysille olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko aineisto- tai teorialähtöisesti. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä pelkistämistä ohjaa jokin teoria, malli tai ajattelu, mutta se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kyseistä teoriaa tai mallia etsittäisiin tutkimusaineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Eskola & Suoranta 1998, 138; Vilka 2006, 82.)

Opinnäytetyössämme sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tarkoitetaan koko tutkimusaineistoa koskevan toiminnan logiikan tai tyypillisen kertomuksen etsimistä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi lähtee liikkeelle aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä, jolla tarkoitetaan, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät vastaukset eli alkuperäisilmaukset alleviivataan, jonka jälkeen ne kirjataan pelkistettyinä ilmauksina aineistossa käytetyin termein. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Tarkoituksena oli alun perin tehdä sisällönanalyysi myös terapian sisältöä koskevista kysymyksistä. Liian suuren työmäärän vuoksi terapian sisällön käsittelystä jouduttiin luopumaan. Pohdimme kuitenkin, jos olisimme ottaneet terapian sisällön analysoitavaksi, sisällönanalyysia tarkoituksenmukaisempaa olisi ollut tehdä aiheesta määrällinen analyysi.

Aineiston redusointi tehtiin niin, että molemmat opinnäytetyön tekijät alleviivasivat aineistosta itsenäisesti tutkimustehtävään vastaavat ilmaisut. Tämän jälkeen alleviivatut alkuperäisilmaukset siirrettiin Excel-taulukkoon samalla vielä yhdessä arvioiden mitkä ilmaisut on

tarkoituksenmukaista sisällyttää analyysiin. Samoin yhteistyötä tehden muodostettiin alkuperäisilmaisuista pelkistetyt ilmaisut. Myöhemmässä vaiheessa aineistosta jouduttiin poistamaan useita ilmaisuja, joista ei ollut varmuutta, liittyivätkö ne nimenomaan fysioterapiaohjaamiseen vai koko leikkausprosessiin.

Redusointia seurasi aineiston klusterointi eli ryhmittely. Tässä vaiheessa aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi, ja aineistosta etsittiin eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavista ilmaisuista muodostettiin luokkia ja annettiin luokille niiden sisältöä vastaavat nimet. Luokittelun seurauksena aineisto tiivistyi, kun yksittäiset tekijät sisällytettiin yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Klusterointivaiheessa kaikki ilmaisut tulostettiin paperille ja jokainen ilmaisu leikattiin omaksi lapukseen. Laajaa aineistoa oli näin helpompi hahmottaa. Aineistosta haettiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden pohjalta muodostettiin aineistosta luokkia. Alkuperäisilmaiset, niiden pelkistykset sekä alaluokat ja pääluokat koottiin taulukkoon aineiston analysoinnin helpottamiseksi. Taulukossa 1 esitetään esimerkki kootusta taulukosta. Kyseiseen esimerkkiin on koottu vain osa alkuperäisilmaisuista sekä alaluokista. Samantyyppiset ilmaisut on kerätty yhteen ja niille on muodostettu ilmaisuja kuvaava alaluokka. Tässä esimerkissä alaluokkina ovat kiireettömyyden tuntu ja ohjauksen yksilöllisyys. Samankaltaisista alaluokista muodostettiin niitä kuvaava pääluokka. Tässä esimerkissä pääluokaksi on muodostunut potilaan huomiointi.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTYS	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ja hän ihan ohjas ja sano, että ei mitään kiirettä oo. Et sano aina sitten, jos minä pyrin menee vähän liian luja. Nii sano, et ei mitään kiirettä oo.	Fysioterapeutin kiireetön ohjaus	Kiireetön ohjaus	Potilaan huomiointi
Et ei ollu mitään sellasta kiireen tuntua, että hänellä ois ollu nyt kiire mun luota pois, et jäis niinku kesken, vaan kyl me ehdittiin ihan hoitamaan kaikki...	Riittävästi aikaa		
Ihan hyvä, hänel ei ollu koskaan kiire.	Fysioterapeutilla ei ollut kiire		
On vähän sillai että se voi mennä niinku ... et yrittää sit liikaa. Mut hän kyllä hirveen hyvin nyt sano.. niinku tavallaan tajus, että näin vois käydä, niin se varotti siitä aika hyvin	Fysioterapeutti ymmärsi varoittaa liiasta yrittämisestä	Ohjauksen yksilöllisyys	
hän niinku ... ais.. osas niinku neuvoa (multa) siitä tasolta missä minä olin	Neuvominen potilaan tasolta		
tää henkilö on hyvin, hyvin rauhallinen ja ja hän niinku helposti oivaltaa mitä potilas tarvitsee, että hän huomaa heti, että jos ei niinku öää jokin liike tahdo onnistua tai sä et.. teet väärin sen tai et sä et ollenkaan oo ymmärtänyt mist on kysymys, niin hän, hän hoksaa heti et ei ei siin tartte sen kummallisempia selityksii	Ohjaaminen potilaan tarpeiden ja ymmärryksen mukaan		

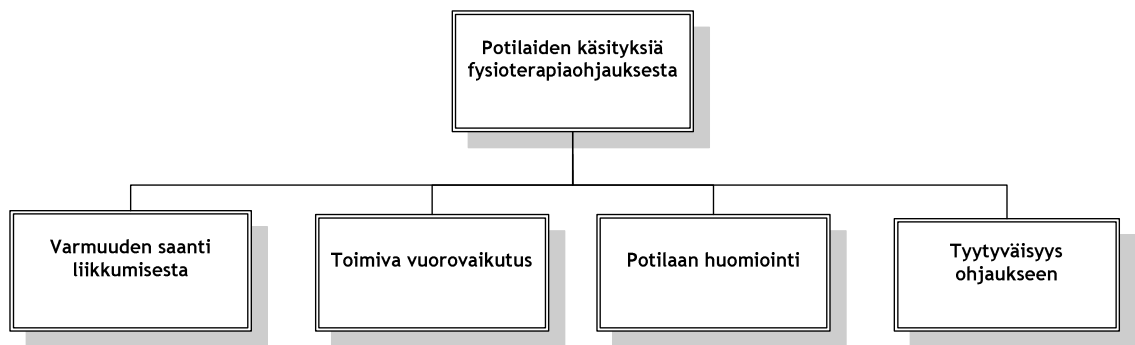
Taulukko 1 Esimerkki sisällönanalyysitaulukosta

Ryhmittelyn jälkeen seuraava sisällönanalyysin vaihe on aineiston abstrahointi, jossa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Alaluokkia yhdistelemällä luodaan yläluokkia ja yläluokista pääluokkia. Lopuksi pääluokista luodaan yksi yhdistävä luokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112)

Abstrahointivaiheessa muodostimme yhteensä 13 alaluokkaa, joista muodostettiin neljä pääluokkaa. Pääluokkia yhdistäväksi luokaksi muodostui potilaiden käsityksiä sairaalan fysioterapiaohjauksesta. Pääluokkaan varmuuden saanti liikkumisesta kuuluvat alaluokat rohkaiseva ohjaus, oikeaa liikkumista tukeva ohjaus ja tiedon saaminen. Pääluokkaan toimiva vuorovaikutus kuuluvat alaluokat vastausten saaminen, yhteisymmärrys, ohjauksen selkeys ja palautteen saaminen. Pääluokkaan potilaan huomiointi kuuluvat alaluokat kiireetön ohjaus, ohjauksen yksilöllisyys ja kuulluksi tuleminen. Pääluokkaan tyytyväisyys ohjaukseen kuuluvat alaluokat hyvä ohjaus, luottamus ohjaukseen ja ohjauksen tarpeellisuus.

## 8 Tulokset

Aineiston analyysissa nousi neljä pääluokkaa, joissa kussakin on kolmesta neljään alaluokkaa. Pääluokat on esitetty kuviossa 2. Potilaan käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta kuvaavat siis pääluokat varmuuden saanti liikkumisesta, toimiva vuorovaikutus, potilaan huomiointi ja tyytyväisyys ohjaukseen.

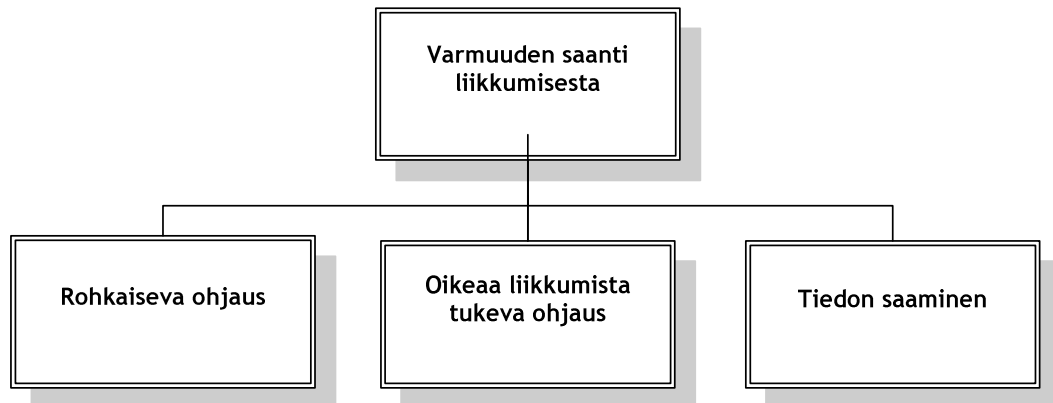


Kuvio 2 Potilaiden käsityksiä fysioterapiaohjauksesta

### 8.1 Varmuuden saanti liikkumisesta

Varmuuden saanti liikkumisesta on yksi opinnäytetyön analyysissa muodostunut pääluokka. Tämä pääluokka muodostuu alaluokista rohkaiseva ohjaus, oikeaa liikkumista tukeva ohjaus ja tiedon saaminen, niin kuin kuviossa 3 esitetään. Varmuuden saannilla liikkumisesta tarkoite-

taan sitä, että potilaat ovat kokeneet, että heitä on rohkaistu ja kannustettu liikkumaan. He ovat myös saaneet varmuuden kotona pärjäämisestä sekä saaneet tietoa oikeasta liikkumisesta, oikeista asennoista ja harjoituksista. Fysioterapeutin tuki on ollut tärkeässä roolissa siinä, että on uskallettu alkaa liikkumaan ja tiedetty kuinka liikkua oikein. Tietoa oikeasta liikkumisesta, oikeista asennoista ja harjoitteluliikkeistä on potilaiden mielestä saatu riittävästi.



Kuvio 3 Varmuuden saanti liikkumisesta

#### 8.1.1 Rohkaiseva ohjaus

Monet potilaista kokivat fysioterapeuttisen ohjauksen rohkaisevana. Potilaat kokivat, että he olivat saaneet varmuuden tai hyvän mielen tunteen kotiin lähdöstä ja kotona pärjäämisestä fysioterapiaohjauksen myötä. Eräs potilas myös koki, että ohjaus oli antanut itseluottamusta selviytymiseen. Ohjauksessa oli myös kannustettu ja rohkaistu liikkumaan. Potilaat kertoivat, että ilman ohjausta he olisivat olleet paljon varovaisempia liikkumisessa, mutta ohjauksen myötä he ymmärsivät, ettei tarvitse olla niin varovainen, vaan saa liikkua enemmän mitä he olivat olettaneet.

”Ja semmonen varmuuden tunne nyt kun lähtee kotiin niin..tuli.”

”Tämä oli kaiken kattava ja ja semmonen et tietää et hyvillä mielin voi lähtee kotiin, koska hänkin niinku sano että toi menee hyvin, toi on hyvä.”

”.. ja sitte just se että saa sen varmuuden, että et kyl täs nyt voi tehdä jotain muutakin ku olla vaan puupötkkelönä.”

”Ainakin se [ohjaus] on antanu semmosta mm niinku itseluottamusta siihen selviytymiseen.”



### 8.1.2 Oikeaa liikkumista tukeva ohjaus

Potilaiden mielestä ohjaus tuki myös oikeaa liikkumista. Fysioterapiaohjauksen myötä potilaat kokivat saavansa hyviä neuvoja oikeaan liikkumiseen liittyen; siihen mitkä asennot ovat sallittuja sekä siihen mitä saa ja mitä ei saa tehdä. Potilaiden mielestä oli tärkeää, että ohjauksessa todella paneuduttiin siihen, että potilas liikkuu ja tekee harjoitteet oikein. Ohjauksessa kiinnitettiin huomiota myös oikeaan asentoon. Liikkumisen ohjaamisesta nähtiin olevan hyötyä myös vahinkojen ehkäisemisessä, joita vääränlainen liikkuminen voisi aiheuttaa. Liikkumisen ohjaaminen lisäsi potilaiden varmuutta liikkumisesta ja antoi vinkkejä arjessa pärjäämiseen.

”Must on hirveen tärkeä... et ohjataan niinku tekemään oikein. Ni ei tuu vahinkoja.”

”..ja katsotaan, että sen tekee sitte niiku pitää, että ei jätetä vaa puolitiehen, et joo, et menee jotenkuten. Mutta tota, et hän jos en mä heti suoristanu rankaa, ni sitte tuli komennus, että suoraks ja noin, et ei. Et sikäli, et ihan hyvä.”

”Mut hyvin tota se on mennä koska... just se et saa niihin varmuuden, et tietää että mitä mä voin tehdä, ni se on niin hyvä noi fysioterapeutit siinä et..”

### 8.1.3 Tiedon saaminen

Potilaat kokivat saavansa tietoa ohjauksen myötä. Potilaat saivat mielestään hyviä neuvoja ja vinkkejä omasta asennostaan, harjoitusliikkeistä, liikkumisesta ja edistymisestään. Ohjaus lisäsi potilaiden käsityksen mukaan heidän tietoisuuttaan omasta toiminnasta sekä asennosta. Potilaat kertoivat, että he olivat saaneet sen tiedon minkä olivat halunneet, eivätkä nähneet, että jotain jäisi tekemättä tai puuttuisi ohjauksesta. Potilaat kokivat siis saaneensa riittävästi tietoa. Erään potilaan mielestä oli tärkeää, että ohjeet annetaan myös kirjallisena, jotta liikkeiden muistaminen helpottuu.

”Et mä oon ollu koko aika hyvässä seurannassa et kaikki vaiheet on kerrottu sitä mukaan ku mä oon edistynyt tän kans et.. En ois kaivannu kyllä mitään lisää.”

”Kyllähän siinä niin paljon hyviä vinkkejä tulee, joita ei muuten vois tietääkään.”

”Kyllä mä oon ihan positiivisesti tähän suhtautunut. Varmasti niin semmosta ohjeistusta, kun voi saada tässä tilanteessa, niin saa. Ei mun mielestä oo mitään. Ei mun mielestä mitään jää tekemättä.”

Yhdessä haastattelussa kävi tosin ilmi, että potilas olisi halunnut saada enemmän tietoa siitä, minkälaisia liikkeitä hän voisi tehdä pari kolme viikkoa leikkauksen jälkeen. Hän oli saanut sellaisen käsityksen, ettei niiden liikkeiden ohjaaminen kuulu ohjauksen sisältöön. Eräs toinen potilas puolestaan ihmetteli, että miten osaa pukea housut jalkaansa. Haastattelussa hän

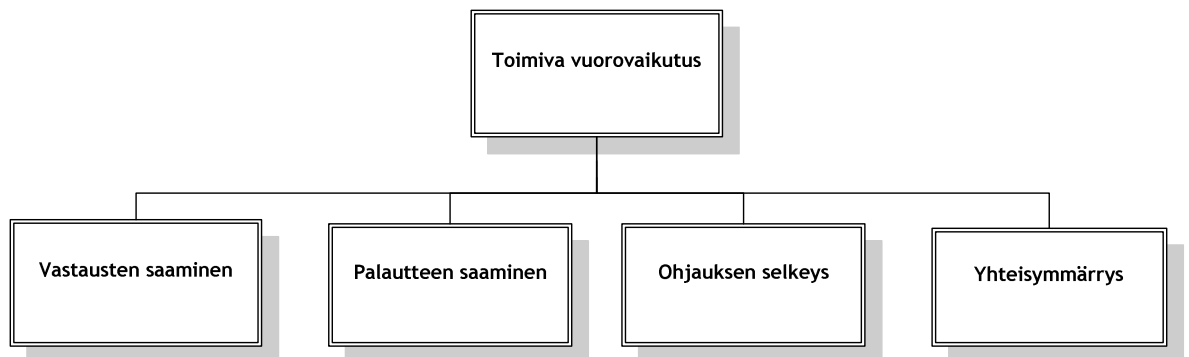
sitten tuli vasta ajatelleeksi, että olisiko siihen ollut mahdollista saada ohjausta sairaalan fysioterapeutilta.

”..mä aattelin et tulis vaik joku semmonen keskivaikeiden liikkeiden sarja vielä tähän väliin, mut sitä ei nyt näköjään oo. et tos niinku kuukauden kuluttuu tai neljän... nii kolmen neljän viikon kuluttuu, ku ke.. kepit läh.. jätetään pois, ni oisko sitten jotain. Siihen ei oo tullu mitään ohjetta, eikä luvattukaan, et se ei kuulu tähän asiaan.”

”Housut on aikamoinen kysymysmerkki, siis housujen laitto.”

## 8.2 Toimiva vuorovaikutus

Kuviossa 4 esitetään alaluokat, joista toimiva vuorovaikutus -pääluokka koostuu: vastausten saaminen, palautteen saaminen, ohjauksen selkeys sekä yhteisymmärrys. Toimivan vuorovaikutuksen yhtenä osa-alueena on, että potilaat ovat saaneet vastaukset esittämiinsä kysymyksiin ja fysioterapeutti on antanut palautetta liikkeiden suorittamisesta. Toimivalle vuorovaikutukselle ominaista on myös ohjauksen selkeys, joka tarkoittaa, että terapeutti on osannut ohjata niin, että hänen ohjeensa ymmärretään. Yhteisymmärrys tarkoittaa sitä, että potilas ja fysioterapeutti ovat olleet ohjauksessa tasavertaisia, ymmärtäneet toisiaan ja tehneet yhteistyötä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.



Kuvio 4 Toimiva vuorovaikutus

### 8.2.1 Vastausten saaminen

Vastausten saaminen on merkki siitä, että potilas ja hänen kysymyksensä tulevat kuulluksi, fysioterapeutti on ymmärtänyt kysymyksen ja vastannut siihen. Potilaalle on välittynyt kokemus, että hänen kysymyksiinsä vastataan. Tämä kävi ilmi useassa haastattelussa.

”Mulle on ainakin kaikki sanottu ja jos mä oon kysynyt jotain, nii saanu vastauksen siihen ja noin...”

### 8.2.2 Palautteen saaminen

Potilaiden kertomuksissa tuli esiin fysioterapeuttien antama palaute etenkin liikkeiden suorittamisen osalta. Terapeutti kertoi, mikäli liike ei ollut oikein suoritettu ja kehui hyvästä suorituksesta. Erään potilaan kertomuksesta välittyi tunnelma siitä, että terapeutti oli osannut muotoilla korjaavan palautteen ystävälliseen muotoon. Toinen potilas puhui ohjaamisesta käskemisenä ja palautteen antamisesta kommentoimisena, jotka sanoina saattavat kalskahtaa hieman kylmiltä, mutta hänen kertomuksestaan ilmeni myös tapahtumien leikinomaisuus.

”Et.. ihan loisto ihminen siis. Siinäkin mieles et kehuu, ettei sano vaan niin että no joo kyllä se nyt meni.”

”Ja sano, että [porraskävely] meni ihan hyvin, että.”

”Ni sit hän sano ne [korjaukset], mut hän sano nätisti ettei hän tota niin töksähtele.”

”Oli, että et otin vastaan käskyt mitä annettiin ja hän sitten kommentoi sen, et teinkö kunnolla vai en, että ja. Komensi tekemään uudestaan sitten jos ei onnistunu heti.”

### 8.2.3 Ohjauksen selkeys

Ohjauksen selkeys pitää sisällään sen, että ohjaus on helposti ymmärrettävää ja asiallista. Selkeässä ohjauksessa käy ilmi mitä tehdään ja miksi, ja myös se mitä ei saa tehdä. Potilaat kertoivat, että fysioterapeutti oli osannut sovittaa ohjauksen niin, että asiaan perehtymätön potilas oli helposti ymmärtänyt mistä terapiassa on kyse.

”...tää fysioterapeutti, joka tässä nyt on.. on ollut niin, niin hän on hyvin ää ... taitavasti ohjannut tätä.. fysioterapiaa. Sillä tavalla, että maallikkokin on ymmärtänyt mistä on kysymys.”

”Et Ihan selvästi sanottu et mitä pitää tehdä ja mitä ei saa tehdä.”

Selkeän ohjauksen piirteenä tulee esiin myös se, että terapeutti on osannut pitää huomion ohjaustilanteessa, ohjauksen kannalta tärkeissä asioissa, kuten siinä mitkä ovat fysioterapian tavoitteet ja mihin tulee kiinnittää huomiota. Fysioterapeutti ei harhautunut potilaan poluille, niin kuin eräs potilas asian ilmaisi. Verbaalisen ja kirjallisen ohjauksen tukena käytetty visuaalinen ohjaus nähtiin myös ohjausta selkeyttävänä tekijänä.

”...et hän on niinku hyvin sanonu .. sanonu nää päämäärät ja sen ... sen et mihin pitää kiinnittää huomiota.”

”Mun mielestä se [vuorovaikutus] on ollu sillä lailla niin kun lyhyttä ja asiallista, jossa niiku se asia säilyy koko ajan siinä esillä. Joo, kyl mä jotain ylimäärästä saatan sanoakin, mutta joka tapauksessa ni, se on niiku sillä lailla asiassa pysyvää koko ajan. Et hän ei harhau du mun poluille.”

”Ja sit vielä et hän niinku näyttäny todella et näin ja näin teet ja näin ja näin teet, että mun mielest se on ollu ihan hyvää. Sehän on paljon parempi, et todella näytetään se, ku että se on vaan paperilla.”

#### 8.2.4 Yhteisymmärrys

Yli puolessa kertomuksissa puhuttiin myös potilaan ja fysioterapeutin välisestä yhteisymmärryksestä. Terapeutti oli ymmärtäväinen ja oivalsi helposti potilaan tarpeet ja ongelmat. Potilas koki ymmärtävänsä, mitä fysioterapeutti halusi sanoa ja neuvoa. Kertomukset yhteisymmärryksestä huokuvat myös vuorovaikutuksen tasavertaisuutta ja sitä, että potilas ja fysioterapeutti tulivat hyvin toimeen keskenään. Kertomuksissa tuli ilmi kaverillisuus sekä huumori potilaan ja fysioterapeutin välillä.

”Siis hyvin positiivista, että me niinku ymmärrettiin helposti toistemme... siis hän ymmärsi mitä mä en osannu tehdä tai mikä mulla oli ongelma ja ..ja mä taas ymmärsin mitä hän halus sanoa mitä .. millälailla hän neuvo, että ... että ...”

”Semmonen tunne, et .. niinku .. et puolin ja toisin sillai että tota.. Sanoisinko että me vähän niinku samalla tasolla aaltopituudella oltiin.”

”Täytyy sanoo, et meillä synkkas hyvin. Että jos sanotaan niinku jos ihminen vuorovaikus ni..kaikki ihmiset ei tuu niinku keskenään, mut meillä oli semmonen..niinku me ois koko ajan oltu kavereita.”

”Se meni niiku nii leikin varjolla siinä koko aika.”

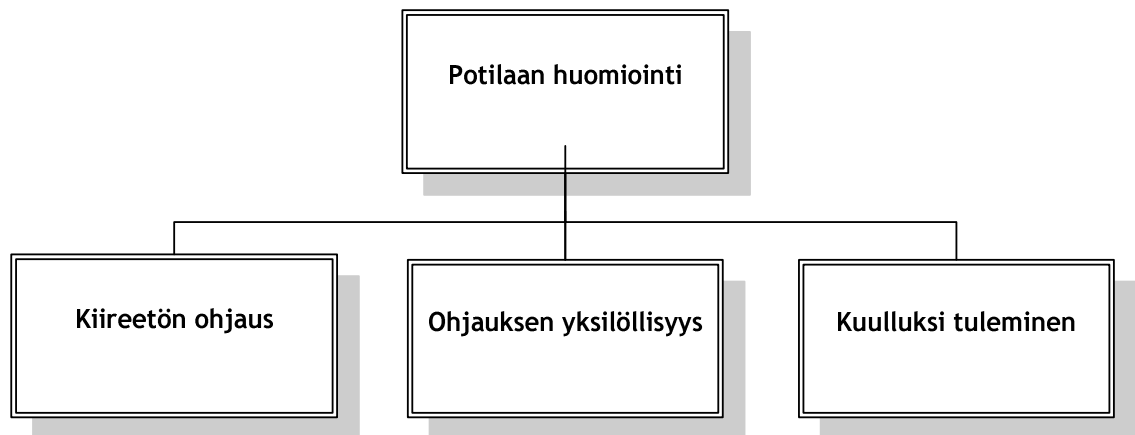
Yhteisymmärrys kuvasi myös potilaan ja terapeutin tavoitteiden yhtäläisyyttä. Potilaat kokivat terapian tavoitteen olevan yhteisessä linjassa omien tavoitteidensa kanssa. Eräässä kertomuksessa potilas näki oman kehonsa luonnollisena terapian yhteistyön välineenä.

”No nehän on, eiköhän ne oo yhteisii toiveita. Totta kai fysioterapia haluaa, että potilas paranee mahdollisimman hyvin.”

”Mä en osaa ajatella, että siinä mitään niiku erityistä huomioimista tarttis tehdä kun on ollu vähän semmonen olo, että nyt otetaan toi mun kroppani tohon noin ja nyt kumpikin veivaa sitä. Että on niiku yhteistyötä, et sellanen asenne vaan siihen on.”

#### 8.3 Potilaan huomiointi

Potilaan huomiointi nousi yhdeksi pääluokaksi sisällönanalyysia tehdessä. Tämä pääluokka muodostuu alaluokista kiireetön ohjaus, ohjauksen yksilöllisyys ja kuulluksi tuleminen, niin kuin kuvioista 5 ilmenee. Potilaiden huomioinnilla tarkoitetaan sitä, että potilaat ovat kokeneet, että ohjaus on ollut yksilöllistä ja vastannut heidän tarpeisiinsa. Potilaan huomiointi tarkoittaa myös sitä, että ohjaukseen on käytetty riittävästi aikaa ja että, ohjaus on ollut kiireetöntä. Potilaat ovat myös kokeneet, että he ovat tulleet kuulluiksi fysioterapiassa.



Kuvio 5 Potilaan huomiointi

### 8.3.1 Kiireetön ohjaus

Potilaiden mielestä fysioterapiaohjaukseen varattu aika on ollut riittävää. Potilaiden mielestä fysioterapeutti ei ollut kiireisen oloinen, eikä ohjaustilanteessa ollut kiireen tuntua. Potilaat kokivat, että tarvittavat asiat ehdittiin käymään läpi ja asiakkaalle oli niin paljon aikaa, kun tarvittiin. Fysioterapeutti ei koskaan kiirehtinyt pois ohjaustilanteesta. Fysioterapeutti myös rauhoitteli potilasta, joka itse kiirehti harjoittelussa ja vakuutti tälle, ettei mitään kiirettä ollut. Eräs potilas uskoi, että hän olisi saanut käyttää enemmänkin aikaa ohjaukseen, mutta ei kokenut tarvetta pidempään ohjausaikaan, koska epäselviä asioita ei ilmennyt.

”Mä olisin saanu käyttää siihen enemmän aikaa, jos mul ois ollu jotain epäselvää, mutta kyl noi nyt tuli selväks tässä pienemmässäki ajassa... Et ei ollu mitään sellasta kiireen tuntua, että hänellä ois ollu nyt kiire mun luota pois, et jäis niinku kesken, vaan kyl me ehdittiin ihan hoitamaan kaikki...”

”Kyllä kyllä minusta tuntuu, että täällä oli nyt tää, et hän ei ollu mitenkään kiireinen, millään, millään kerralla, kun hän tässä oli, että tietysti se nyt on aika rajallinen alue, mitä siin.. tässä nyt tässä vaiheessa käydään läpi, mutta mutta se oli miellyttävää, et hän ei tosiaan ollu mitenkään hätäinen, et hän ei yhtään sanonu, et nyt mun täytyy mennä, ku toinen potilas odottaa vaan, vaan hänel tuntu olevan aikaa asiakkaalle niin paljon ku sitä tarvittiin.”

### 8.3.2 Ohjauksen yksilöllisyys

Potilaan huomiointiin liittyy myös ohjauksen yksilöllisyys. Yksilöllisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilaan yksilölliset tarpeet on otettu ohjauksessa huomioon. Yksilöllisyys ilmeni muun muassa siinä, että fysioterapeutti oli tietoinen siitä, millä tavalla potilas oli leikattu ja otti sen huomioon ohjeissansa. Terapeutti havaitsi, jos potilas ei heti ymmärtänyt annettuja oh-

jeita. Terapeutti myös oivalsi, että potilaalla on taipumusta olla liian innokas ja osasi varoittaa häntä liiasta yrittämisestä.

”tää henkilö on hyvin, hyvin rauhallinen ja ja hän niinku helposti oivaltaa mitä potilas tarvitsee, että hän huomaa heti, että jos ei niinku öää jokin liike tahdo onnistua tai sä et.. teet väärin sen tai et sä et ollenkaan oo ymmärtänyt mistä on kysymys, niin hän, hän hoksaa heti et ei ei siin tarte sen kummallisempia selityksii.”

Eräs potilaista oli tyytyväinen siihen, että hänen porrasfobiansa otettiin huomioon ohjauksessa. Sama potilas ja myös toinen potilas kokivat, että fysioterapeutti osasi mukauttaa ohjaukseen potilaan tarpeiden ja ymmärryksen mukaan ja ohjata potilasta hänen omalta tasoltaan. Terapeutti osasi ottaa ohjauksessa huomioon potilaan yksilöllisen liikerajoituksen. Eräs potilaista koki, että fysioterapeutti otti koko ajan huomioon potilaan, ja että potilas oli ohjauksen keskiössä.

”Ja se toi kun mä sanoin sitä, sitä porrasfobiaani, niin tota kyllähän se otetkylhän hän sen otti huomioon. Ei hän mitenkään sanallisesti tyrmännyt sitä että; ei hän semmosta tarte olla, voi olla tai tarte olla. Niin siitä saa pisteet kyllä.”

”Semmost tunnetta ei tullu, et mä oon ihan niiku vaa siinä sivulla, että. Et ei, et hän, hän kyl otti huomioon koko aika.”

### 8.3.3 Kuulluksi tuleminen

Potilaan huomiointiin liittyy oleellisesti myös, se, että potilaat kokivat tulleen kuulluiksi. Kuulluksi tuleminen ilmeni kahden potilaan haastattelussa. He kertoivat, että fysioterapeutti kuunteli heitä. Toinen potilaista päätteli fysioterapeutin kuuntelevan häntä siitä, että fysioterapeutti katsoi häntä silmiin ja vastasi kysymyksiin. Saman potilaan mielestä se, että potilasta kuunnellaan ja ohjataan kunnolla, on tärkeintä fysioterapiaohjauksessa. Eräs potilaista piti kuuntelemista ohjauksen tärkeimpänä tekijänä perusteellisen ohjauksen rinnalla.

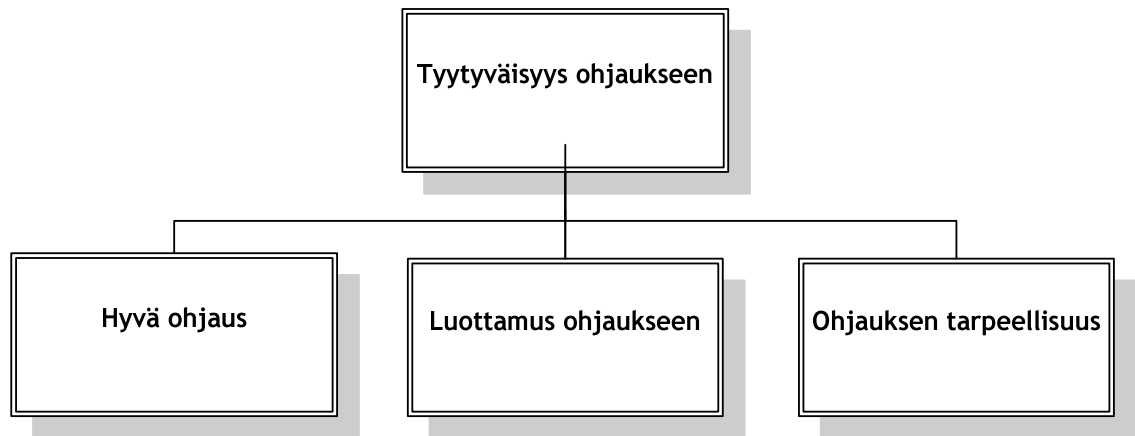
”Hän katso minua ja (naurua) silmiin..kuunteli ja sitten nii. Ja vastas aina sitte siihen, mitä minä olin sanonu.”

”Tärkeimmäks...sen justiinsa sen, että kuunnellaan ja ohjataan sitten kunnolla.”

## 8.4 Tyytyväisyys ohjaukseen

Kaikissa haastatteluissa tuli esiin potilaiden tyytyväisyys fysioterapiaan. Tyytyväisyyttä kuvaavat käsitykset: hyvä ohjaus, luottamus ohjaukseen ja ohjauksen tarpeellisuus, jotka ilmenevät kuviossa 6. Tyytyväisyyttä fysioterapiaohjaukseen ilmaistiin jo heti haastattelun alussa. Luottamuksella ohjaukseen tarkoitetaan sitä, että potilaat luottivat siihen, että fysioterapeutti

antoi heille asianmukaista ohjausta. Ohjausta pidettiin tarpeellisena, koska sen uskottiin olevan apuna paranemisessa ja kuntoon pääsemisessä.



Kuvio 6 Tyytyväisyys ohjaukseen

#### 8.4.1 Hyvä ohjaus

Monissa haastatteluissa ilmeni, että potilaat pitivät ohjattuja liikkeitä hyvinä ja olivat tyytyväisiä liikkeiden ohjaamiseen. Ohjausta kuvattiin hyväksi, hienoksi ja kaikenkattavaksi. Potilaat eivät nähneet tarvetta muuttaa ohjausta, eikä heillä ollut valitettavaa tai pahaa sanottavaa fysioterapiasta. Potilaiden mielestä asioihin paneuduttiin hyvin.

”No kyllä mä oon tietysti tyytyväinen, että tällästä ohjausta on olemassa ja tota asioihin paneudutaan aika hyvin.”

”mulla ei oo mitään valitettavaa, eikä eikä mitään niinku muutettavaa, eikä mitään ohjattavaa toisella tavalla, että koska kaikki on menny eteenpäin ja just niinku on sanottuki ja päässy kotiin silloin ku sanot.. sanottiin.”

”Et mä oon täysin tyytyväinen tähän.. Ohjaukseen niin ennen, ku nyt jälkeen...”

#### 8.4.2 Luottamus ohjaukseen

Haastatteluissa kuvattiin luottamusta fysioterapeuttiin ja terapian sisältöön. Erään potilaan kertomuksen mukaan hän luotti siihen, että terapeutti olisi antanut palautetta, mikäli liikkeet eivät olisi sujuneet oikein. Luottamusta kuvasi myös fysioterapeutin näkeminen asiantuntevana ja osaavana. Eräs potilas oli alun perin luullut, että tarvitsee enemmän tehdä harjoituksia, mutta luotti fysioterapeuttiin siinä, ettei ollut tarpeellista tehdä enempää, kuin mitä oli ohjattu.

”tällä vähäiselläkin tapaamisella on tullu ihan semmonen.. ihan luottamus, että nää liikkeet on oikeat ja ne riittää.”

”Kyllä mä luulin, et mä osaan [liikkeet]. Kyl mä uskon, että tää terapeutti ois maininnu, jos hän ois niinku ... ollu sitä mieltä, et ei toi nyt oikeen suju.”

”Sain hyvin asiallisen ja osaavan kuvan hänestä.”

#### 8.4.3 Ohjauksen tarpeellisuus

Suurimmassa osassa haastatteluista fysioterapia nähtiin tärkeänä, tarpeellisen ja välttämättömänä. Monet olivat sitä mieltä, että ilman fysioterapiaohjausta he eivät olisi pärjänneet. He uskoivat, että terapia nopeuttaa paranemista ja kuntoon pääsemistä leikkauksen jälkeen sekä parantaa paranemisen tuloksia. Fysioterapiasta koettiin olevan apua ja tukea.

”Sehän [ohjaus] on ihan, ihan A ja O.”

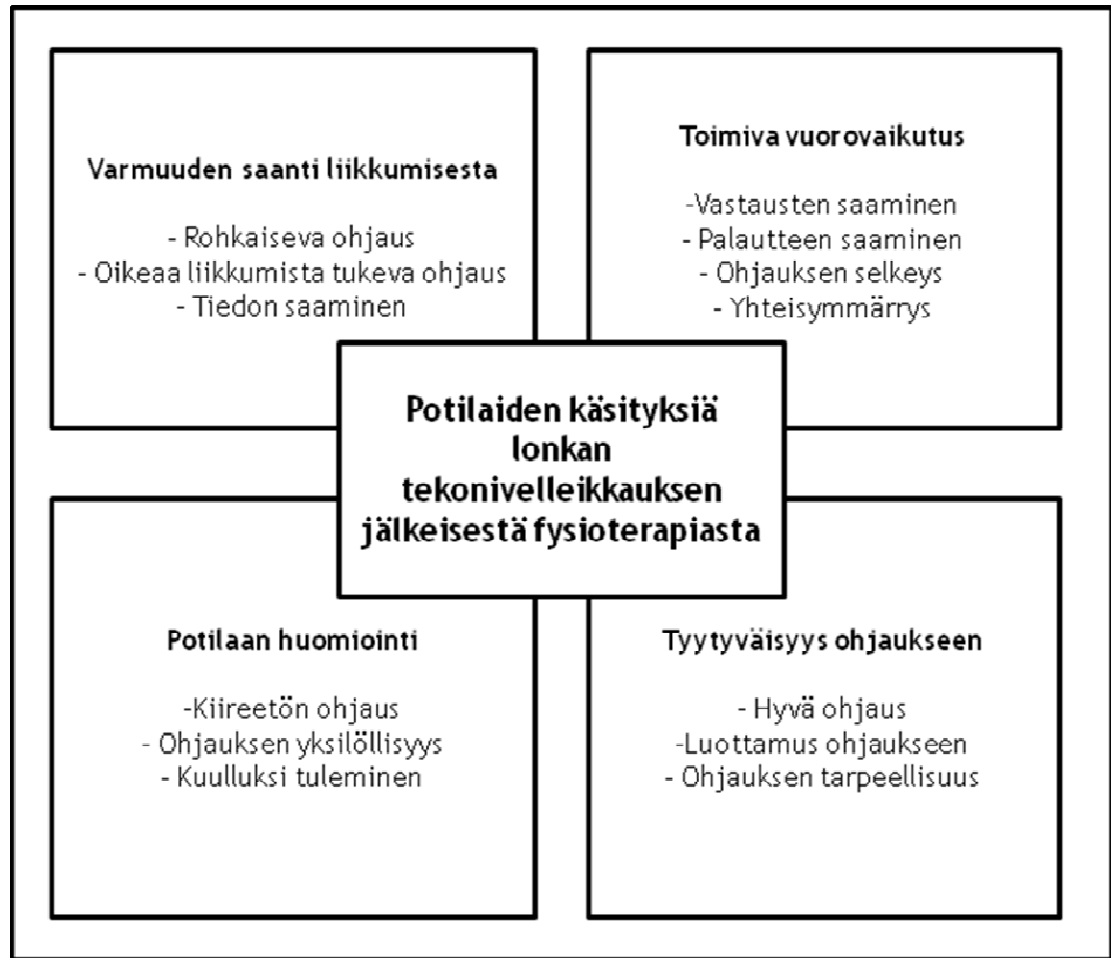
”No siin on hyötyä tietenkin se, et mä paranen parem.. hm paranen varmasti paremmin ja nopeemmin ehkä, kun ilman tätä fysioterapiaa.”

”Siis jos täältä lähtis kotiin ihan näinnänsä ilman mitään ohjausta, niin sehän ois katastrofi.”

#### 8.5 Yhteenveto tuloksista

Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että yleisesti ottaen potilaiden käsitykset ja kokemukset lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta ovat olleet hyviä ja myönteisiä. Ohjauksesta puhuttiin myönteisesti tai neutraalisti, eikä kielteisiä kommentteja ilmennyt. Kuviossa 7 on esitetty yhteenveto potilaiden käsityksistä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeiseen fysioterapiaan liittyen.





Kuvio 7 Yhteenveto potilaiden käsityksistä

Potilaiden käsityksen mukaan ohjaus oli lisännyt heidän varmuuttaan liikkua. Varmuuden lisääntymiseen vaikuttivat ohjauksessa saatu rohkaisu, tieto sekä oikeaa asentoa ja liikkumista tukeva ohjaus. Ohjauksella oli potilaiden mielestä yhteys liikkumisen turvallisuuteen ja siihen, että potilaat uskalsivat liikkua enemmän, kuin mitä he olisivat uskaltaneet ilman ohjausta.

Vuorovaikutus oli toimivaa potilaiden käsityksen mukaan. He kokivat saavansa vastauksen kysymyksiinsä, ja kokivat myös saavansa palautetta tekemisestään. Fysioterapeutti osasi potilaiden mielestä ohjata selkeästi ja ymmärrettävästi. Ohjaus tapahtui tasavertaisesti yhteisymmärryksessä.

Potilaiden mielestä heidät otettiin terapiassa hyvin huomioon ja ohjauksessa huomioitiin potilaiden yksilöllisiä tekijöitä. Fysioterapeutti oivalsi potilaan yksilöllisiä tarpeita ja osasi ohjata potilasta hänen omalta tasoltaan. Ohjaus oli kiireetöntä ja sille oli varattu aikaa niin paljon kuin tarvittiin. Potilaat myös kokivat, että heitä kuunneltiin.

Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa fysioterapiaan. Potilaat luottivat fysioterapeutin ohjaukseen ja hänen antamiinsa ohjeisiin. Potilaat myös pitivät fysioterapiaohjausta tärkeänä ja tarpeellisena leikkauksen jälkeisessä toipumis- ja kuntoutumisprosessissa.

## 9 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapiaohjaus on potilaan näkökulmasta. Olemme mielestämme päässeet tähän tavoitteeseen. Olemme saaneet yhdeksän potilaan käsitysten perusteella suhteellisen kattavasti selvitettyä millaista fysioterapiaohjaus on heidän tapauksessaan ollut.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voitaisiin hyödyntää lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisen sairaalavaiheen fysioterapian kehittämiseksi. Tämän työn perusteella fysioterapeutit voivat saada käsityksen siitä, millaista ohjaus potilaiden näkökulmasta on, ja millaisia asioita potilaat pitävät tärkeinä ohjaukseen liittyen. Potilaiden käsitykset fysioterapiaohjauksesta ovat olleet pääasiassa myönteisiä, mutta muutamia kehitysehdotuksia ilmeni. Osa kehitysehdotuksista jätettiin pois sisällönanalyysistä, koska ne eivät varsinaisesti vastaa tutkimuskysymykseen. Monissa haastatteluissa kävi ilmi, että haastateltavat kokivat, että heillä oli ollut tarpeeksi fysioterapiaohjausta, mutta muilla potilailla ei välttämättä ollut. Muutama haastateltava koki, että heitä vanhemmat ja huonokuntoisemmat potilaat tarvitsisivat enemmän ohjausta. Muutama haastateltavista olisi myös kaivannut lisää voimisteluohjeita ja ohjeita siihen, mitä voi tehdä kuntoutumisen myöhemmässä vaiheessa. Yksi potilas myös mietti, että olisi ollut hyvä harjoitella esimerkiksi housujen pukemista. Nämä ehdotukset herättävä ajatuksen siitä, että olisiko sairaalassa syytä harjoitella enemmän arjen käytäntöihin liittyviä tilanteita ja voisiko harjoitteita kehittää toiminnallisempaan suuntaan.

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Varmuuden saanti liikkumisesta on yksi postoperatiivisen fysioterapian tavoitteista. Tavoitteena on, että potilas omaksuu tarpeelliset liikkeet ja kuormitusrajoitukset, hallitsee turvallisen liikkumisen, motivoituu aktiiviseen harjoitteluun saatujen ohjeiden mukaan ja kykenee liikkumaan apuvälineiden turvin, jotta selviytyminen kotona on mahdollista. (Patteri 2005, 58–59.) Potilaat kertoivat, että fysioterapeutti oli ohjannut heitä miten tulisi liikkua oikein. He olivat saaneet tietoa myös liikerajoituksista. Harjoitteluun motivoituminen tuli myös ilmi osassa haastatteluissa, tosin ei voida tämän opinnäytetyön perusteella sanoa, että motivoituminen olisi ollut ohjauksen ansiota. Eräs potilaista olisi kaivannut haastavampia harjoitteita ja oli yllätynyt siitä, että harjoittelu sisälsi niin ”pieniä liikkeitä”. Kukaan ei ilmaissut, ettei

olisi ollut motivoitunut harjoitteluun. Yleisesti ottaen liikkeitä pidettiin hyvinä, joka saattaisi viitata niiden suorittamisen mielekkyyteen.

Varmuutta liikkumiseen lisäsi myös fysioterapeutin antama tieto. Potilaat kokivat pääasiallisesti saaneensa riittävästi tietoa ohjauksessa. Yksi potilaista olisi kuitenkin kaivannut lisää tietoa siitä mitä tulee tehdä muutaman viikon kuluttua leikkauksesta. Potilaan tyytyväisyys tiedon saannin riittävyys ei välttämättä tarkoita, että hän todellisuudessa olisi saanut kaikki tarvitsemansa tiedot. Saattaa olla, että potilas ei fysioterapian asiantuntemuksen puutteen vuoksi tiedä millaista tietoa hän tarvitsee. Tämä kävi ilmi yhdessä haastattelussa, kun potilas ihmetteli miten hän osaa pukea housut jalkaansa kotiin päästyään. Hän oli kokenut ohjauksen riittäväksi, mutta vasta haastattelussa hän havahtui ajattelemaan, että olisiko housujen pukemiseen voinut saada ohjausta sairaalassa. Siinäkin tapauksessa, että potilas on saanut kaikki tarvittavat tiedot, on mahdollista, että hän ei niitä kotiututtuaan pysty niitä muistamaan ja kokee myöhemmin saaneensa riittämättömästi tietoa. Muistamisen kannalta on myös mahdollista, että tietoa on ollut liikaa, jolloin sitä ei pystytä omaksumaan. (Tuorila 2000, 47–48; Lahikainen 2000, 275–276.) Haastateltavien on saattanut olla vaikea arvioida tiedonsaannin riittävyttä heti ohjauksen jälkeen ennen kotiutumista. Käytännön kokemukset arjessa osoittavat sen oliko tiedon saanti heidän kohdallaan riittävää ja pystyivätkö he omaksumaan saamansa tiedon.

Monet potilaat kertoivat, että heillä oli hyvä mieli kotiinlähdestä ja siellä pärjäämisestä. Ohjaus oli lisännyt heidän varmuuttaan kotona selviytymisestä. Yhden potilaan haastattelussa ilmeni kuitenkin selkeä huoli siitä, miten hän tulee kotona pärjäämään. Kokemattomina haastattelijoina emme kuitenkaan osanneet tehdä aiheesta jatkokysymyksiä, jotta olisimme saaneet selville, oliko fysioterapeutti tietoinen potilaan huolista ja oliko ohjaus yhtään lievittänyt huolta kotona selviytymisestä.

Toimivaan vuorovaikutukseen kuuluu potilaiden näkökulmasta se, että he ovat saaneet vastaukset kysymyksiinsä. Fysioterapeutin velvollisuus on selittää ja perustella asiakkaalle mitä tehdään ja miksi. (Talvitie ym. 2006, 52, 62.) Potilaat ovat kokeneet saavansa vastauksia kysymyksiinsä, joten tämän perusteella voidaan päätellä, että fysioterapeutti on selventänyt heille ainakin niitä asioita, mitä he ovat osanneet kysyä. Vastausten saaminen viittaa myös siihen, että potilaat ovat uskaltaneet esittää kysymyksiä terapeutille, joka puolestaan on merkinä siitä, että kommunikointi on ollut ainakin osittain vastavuoroista.

Fysioterapeuttiseen vuorovaikutukseen liittyy myös palautteen antaminen suorituksesta potilaalle. Ohjaavaa palautetta annetaan, jotta asiakas korjaisi ne virheet, joista hänelle huomautetaan. Sanallinen palaute toimii parhaiten, kun se annetaan suorituksen jälkeen ja jos asiakkaan kanssa keskustellaan asioista, jotka liittyvät suoriutumiseen. (Talvitie ym. 2006

186.) Korjaavan palautteen antamisen haasteena on se, että terapeutti osaa antaa palautteen kannustavasti ja rakentavasti, ei kritisoiden. Myös onnistuneen suorituksen kommentoiminen on tärkeää, jotta potilaalle välittyy tieto siitä, mitä hän jo osaa. Positiivinen palaute parantaa oppimista ja motivaatiota (Mykrä 2007, 15–16; Ryan & Deci 2000). Ainakin yksi potilas koki kehumisen tärkeäksi ohjauksessa. Toinenkin potilas sanoi, että fysioterapeutti puhui kohteliaaseen sävyyn, eikä ”töksäytellyt” asioita. Näiden haastattelujen perusteella fysioterapeutit ovat siis antaneet palautetta ja korjauksia positiiviseen sävyyn.

Vuorovaikutuksen toimivuuden osatekijänä on myös ohjauksen selkeys (Hankonen ym. 2006, 28). Lähes kaikki potilaat puhuivat fysioterapiaohjauksen selkeydestä ja siitä, että fysioterapeutin ohjeita oli helppo ymmärtää. Fysioterapeutti oli siis ilmeisesti ottanut huomioon asiakkaan mahdollisesti rajoittuneen vastaanottokyvyn ja käyttänyt maallikkokieltä. (Tuorila 2000, 42–43.) Sen perusteella, että ohjaus on ollut selkeää, ei kuitenkaan voida päätellä sitä, ovatko asiakkaat ymmärtäneet ohjauksen sillä tavalla, kuin fysioterapeutti on halunnut heidän ymmärtävän. Potilaiden mielestä harjoitusohjeet ovat saattaneet sairaalassa olla hyvin selvät, mutta esimerkiksi kotiin päästyä ohjeet ja niiden tarkoitus saattavat tuntua epäselviltä tai unohtua (Tuorila 2000, 48).

Eräs potilaista sanoi vuorovaikutuksen olleen asiallista. Hän kertoi sanovansa välillä omasta mielestään jotain ylimääräistä, mutta sanoi, ettei fysioterapeutti ”harhautunut hänen poluilleen”. Potilaan kertomuksesta välittyi silti, että hän oli tyytyväinen asialliseen vuorovaikutukseen. Talvitien (2003, 63) mukaan asiakaslähtöisyys voi kuntoutuksessa toteutua vain, jos asiakkaan asema terapiasuhteessa tiedostetaan ja annetaan hänelle riittävästi tilaa osallistua terapiaan. Tulee mieleen, onko ohjaus ollut asiakaslähtöistä, jos asiakkaan aloittamista aiheista ei puhuta, ja hän on kokenut, että hänen sanomansa asiat ovat ylimääräisiä? On tietysti ymmärrettävää, että fysioterapeutilla on tietty aikataulu, johon ei välttämättä paljon ylimääräistä jutustelua mahdu. Välillä ylimääräinen juttelu voisi kuitenkin olla tärkeää sen kannalta, että ohjaustilanteen ei tulisi olla yhdensuuntainen opetustilanne, vaan dialogi (Friberg & Hansson Scherman 2005, 277). Toisaalta Mönkkösen (2007, 62–65) mukaan vuorovaikutuksen ei tule tapahtua myöskään vain asiakkaan ehdoilla.

Fysioterapian onnistumisen kannalta on tärkeää, että terapiasuhte on tasavertainen ja toteutuu yhteisymmärryksessä. (Talvitie ym. 2006, 62.) Monissa haastatteluissa puhuttiin siitä, että fysioterapia toteutui yhteisymmärryksessä. Kaksi potilasta sanoi, että ”meillä synkkas hyvin” kertoessaan vuorovaikutuksesta fysioterapeutin ja potilaan välillä. Tasavertaisuudesta ei puhuttu kyseistä sanaa käyttäen, mutta puhuttiin samalla aaltopituudella olemisesta, leikin varjolla tekemisestä ja kaverillisuudesta. Tämä kertoo siitä, että vuorovaikutus on ollut toimivaa, ja että potilas on kokenut olevansa samalla tasolla fysioterapeutin kanssa.

Yhteisymmärrykseen liittyi myös se, että potilas koki fysioterapian ja sen tavoitteiden vastaavan omia tavoitteitaan. Mönkkösen (2007, 120) mukaan yhteinen päämäärä on edellytys yhteistoiminnalle. Haastatteluissa potilailta kysyttiin terapian tavoitteista, joka aluksi hieman hämmensi osaa potilaista. Haastattelijalle syntyi vaikutelma, että ohjauksessa ei ollut puhuttu terapian tavoitteista. Kuitenkin hieman mietittyään potilaat pitivät ikään kuin itsestään selvyytenä, että terapian tavoite oli yhteydessä heidän omiin tavoitteisiinsa. Bakerin ym. (2001, 1125) mukaan joissain tilanteissa terapian tavoitteet voivat olla niin ilmeiset, ettei niiden sanallista ilmaisua ohjauksessa nähdä mielekkäänä. Bakerin ym. (2001) mielestä jonkinlainen sanallinen ilmaisu terapian tavoitteista olisi kuitenkin tarpeen pohjan luomiseksi yhteisymmärrykselle. Haastatteluissa tuli selvästi ilmi, että yhteisymmärrys oli saavutettu, vaikkei terapian tavoitteita olisikaan ilmaistu sanallisesti.

Yhdeksi pääluokaksi nousi potilaan huomiointi. Huomion antaminen on keskeistä ohjaus- ja neuvontatyölle ja yhtenä huomion antamisen muotona on aktiivinen kuunteleminen. (Lahikainen 2000, 272–273.) Kahden potilaan haastattelussa nousi esiin, että he kokivat terapeutin kuunnelleen heitä. Haastatteluissa ei käynyt ilmi mitään siihen viittaavaa, että potilaat olisivat kokeneet, ettei heitä kuunneltu.

Ohjauksen kiireettömyys liittyy asiakaslähtöisyyteen (Lahikainen 2000, 268). Ajan antaminen ohjauksessa nousee hyvin esiin aineistosta. Potilaat eivät kokeneet, että terapeutti olisi ollut kiireisen oloinen, vaan fysioterapialle oli riittävästi aikaa. Mikään ei viitannut siihen, että terapeutilla olisi ollut kiire toisen potilaan luo. Lahikaisen (2000, 268) mukaan on tärkeää kiireen keskelläkin kohdata asiakas kiireettömästi, jotta hänelle välittyy viesti hänen asiansa tärkeydestä. Tässä fysioterapeutit onnistuivat potilaiden käsitysten mukaan hyvin.

Ohjauksessa huomioitiin myös potilaiden yksilöllisiä tarpeita. Tämä viestii siitä, että terapeutit ainakin osassa tapauksista olivat selvillä potilaan taustatiedoista ja kyenneet huomiomaan ne. Kyngäksen ym. (2007, 26–28) mukaan on tärkeää, että ohjaaja selvittää asiakkaan sen hetkiset voimavarat ja mahdollisuudet sitoutua omaa terveyttä edistävään toimintaan, jotta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin voidaan vastata. Kun haastattelussa kysimme potilaalta ohjauksen yksilöllisyydestä, olivat monet aluksi hieman hämmentyneitä, eivätkä aluksi ymmärtäneet mitä yksilöllisyydellä heidän tapauksessaan tarkoitetaan, mutta hetken kuluttua tai toisessa yhteydessä he osasivat mainita asioita, joita terapeutti oli yksilöllisesti huomionnut. Yksi potilaista ilmaisi, ettei heillä ollut yksilöllisiä tarpeita, mutta uskoi, että sellaiset olisi kyllä huomioitu, mikäli se olisi ollut tarpeellista.

Potilaat olivat siis tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja luottivat fysioterapeuttiin sekä fysioterapian sisältöön. He pitivät myös fysioterapiaa tärkeänä ja tarpeellisena. Dreebenin (2010, 46–47) mukaan potilas tyytyväisyys lisää potilaiden sitoutumista terapiaan ja lisää

terapian kustannustehokkuutta. Tuorilan (2000, 47–48) mukaan mielestään riittävästi tietoa saaneiden asiakkaiden tyytyväisyys saattaa olla petollista, koska he eivät fysioterapian asiantuntemuksen puuttumisen vuoksi tiedä, millaista tietoa he tarvitsevat. Potilaat kuitenkin olivat sairaalasta lähtiessään tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, tietoon ja tukeen. Sitä, ovatko asiakkaat saaneet tarpeeksi oikeaa tietoa, ei voida tämän opinnäytetyön perusteella saada selville. Sen selvittämiseksi tarvittaisiin erillistä tutkimusta siitä, onko sairaalassa toteutettava fysioterapia näyttöön perustuvaa.

Tuloksia pohtiessa tulee mieleen, mitä tyytyväisyys ja myönteinen suhtautuminen ohjaukseen oikeastaan tarkoittaa? Potilaathan eivät ole fysioterapian ammattilaisia, eivätkä siten tiedä millaista ohjausta heidän kuului saada. Mieleen nousee, että myönteinen suhtautuminen ohjaukseen tarkoittaa oikeastaan tyytyväisyyttä fysioterapeutin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Potterin ym. tutkimuksen (2003) mukaan hyvän fysioterapeutin tärkein ominaisuus on hyvät kommunikaatiotaidot, joka on varmasti näkynyt tämänkin opinnäytetyön tuloksissa. Jos fysioterapeuttien ja potilaiden välinen vuorovaikutus ei olisi ollut toimivaa, tästä opinnäytetyöstä olisi varmasti noussut varsin erilaisia tuloksia kuin nyt.

Tutkimuksen tulokset olisivat voineet olla erilaisia, jos olisimme onnistuneet tekemään haastattelun teemahaastattelun periaatteita paremmin noudattaen. Kysymyksemme ovat varmasti ohjanneet tutkimuksen tuloksia tiettyyn suuntaan, ja kaikki tulosten teemat eivät ole nousseet potilaiden omista aiheista.

## 9.2 Eettisyys

Opinnäytetyötä tekevän tulee huolehtia siitä, että hänellä on opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tutkimusluvut ja vastata siitä, että prosessi on lupien mukainen (Laurea-ammattikorkeakoulu 2008). Opinnäytetyömme on osa suurempaa tutkimushanketta, johon anottiin lupa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiivisen yksikön eettiseltä lautakunnalta. Lupaa anoivat työelämän yhteistyökumppanit.

Meillä ei ole ollut henkilökohtaisia sidoksia opinnäytetyömme aiheeseen, eikä siihen osallistuneisiin henkilöihin. Työelämän yhteistyökumppanit hoitivat potilaiden rekrytoimisen opinnäytetyöhön. Osallistuvilta henkilöiltä kysyttiin ensin puhelimitse suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen. He myös allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen, kun preoperatiivisesta vaiheesta opinnäytetyötä tekevä pari oli tekemässä haastattelua heidän kotonaan. Suostumuksesta ilmeni, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi ilman syytä keskeyttää missä tahansa vaiheessa. Kirjallinen suostumus on nähtävissä liitteessä 2.

Olemme opinnäytetyössämme noudattaneet tutkittavien suojan lähtökohtia. Tutkittavien suojan lähtökotiin kuuluu, että tutkimukseen osallistuville kerrotaan ymmärrettävästi mikä on tutkimuksen tavoite. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.) Kerroimme opinnäytetyöhön osallistuville ennen haastattelun alkua mistä opinnäytetyössä on kyse ja mikä opinnäytetyön tavoite on. Tutkittavien suojaan kuuluu myös, että tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti, eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille tai käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkittavien anonymiteetti tulee myös taata. (Mäkinen 2006, 114-115; Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.) Muis-  
tutimme opinnäytetyöhön osallistuvia, että heitä ei pystytä tunnistamaan opinnäytetyöstä sekä, että opinnäytetyön aineisto tulee olemaan vain tutkimusta tekevien henkilöiden käsissä eikä sairaalan henkilökunnalla ei ole mahdollisuutta päästä aineistoon käsiksi.

Opinnäytetyön aineisto koostuu haastattelunauhoista. Haastattelut järjestettiin erillisessä huoneessa, jossa oli läsnä vain tutkimukseen osallistuva potilas sekä haastattelijat. Teema-  
haastattelun tulisi olla keskustelun omaista (Routio 2007), mutta etenkin ensimmäisissä haastatteluissa tämä ei toteutunut, vaan haastattelu eteni pitkälti kysymys-vastaus -tyylillä. Ensimmäisissä haastatteluissa emme välttämättä saaneet tietoa haastateltavien omista lähtö-  
kohdista lähtevistä aiheista, vaan aiheet tulivat enemmänkin meiltä. Aluksi saimme myös paljon kyllä- ja ei-vastauksia, koska kysymysten asettelu oli vääränlainen. Eräs haastateltava jopa ilmaisi turhautumisensa haastatteluun, ja sanoi, että hänen mielestään kysymykset oli-  
vat saivartelevia. Saimme muiltakin haastateltavilta palautetta, että haastattelu oli tuntunut tenttaavalta. Kun kokemuksemme haastattelun teosta karttui, niin haastattelutkin muuttuivat enemmän keskustelun kaltaisiksi.

Aineisto on litteroitu sana sanalta puheen taukoja sekä pieniä hymähdyksiä ja mutinaa lukuun ottamatta. Emme kokeneet tarpeelliseksi litteroida näitä, koska emme olleet tekemässä pu-  
heen analyysia, vaan sisällönanalyysiä. Aineistoa litteroidessa kuuntelimme aineiston useaan kertaan läpi ja tarkastimme vielä lopuksi mahdolliset virheet. Olemme pyrkineet esittämään aineiston analyysissä käytetyt menetelmät sekä aineiston analyysin vaiheet mahdollisimman huolellisesti opinnäytetyössämme.

Tutkijan tulee harkita huolellisesti tutkimusaineistoon säilytykseen liittyviä asioita ja arkistoi-  
da aineisto vain perusteellisen pohdinnan jälkeen (Mäkinen 2006, 120). Aineisto on ollut vain meidän, aiheesta pro gradu - työtä tekevien fysioterapeuttien sekä tutkimushankkeen johta-  
jan käsissä. Aineiston analyysin valmistumisen jälkeen annoimme aineiston tutkimushankkeen johtajalle säilytettäväksi myöhempää tutkimusta varten, ja hävitimme hallussamme olevan aineiston. Lähetimme aineistoa aluksi toisillemme sähköpostitse sekä sisäisen postin kautta pro gradu - työtä tekeville fysioterapeuteille. Kun ilmeni, että tällainen menettely on eettis-  
ten säännösten vastaista, näin ei enää tehty. Voi siis olla mahdollista, mutta epätodennäköis-  
tä, että jokin ulkopuolinen henkilö on päässyt käsiksi aineistoon sähköpostin tai sisäisen postin

kautta. Aineistoa kuunnellessa tai lukiessa ei kuitenkaan käy ilmi henkilöllisyystietoja, joten tutkittavien anonymiteetti on säilynyt.

### 9.3 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa kysymykset luotettavuudesta liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen (Janhonen & Nikkonen 2001, 36). Olemme pyrkinneet opinnäytetyöraportissamme kuvaamaan tutkimusprosessia ja analyysin kulkua mahdollisimman hyvin ja läpinäkyvästi. Meillä ei ollut aikaisempaa suhdetta haastateltaviin. Tutkimuksen tekijöinä meillä ei ole ollut henkilökohtaisia sidoksia tai intressejä vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

Tutkimushankkeen vaatimukset ovat osaltaan vaikuttaneet sairaalavaiheen haastattelujen toteuttamiseen. Videoimme fysioterapiaohjaustilanteen, sekä haastattelimme ohjaustilanteen jälkeen sekä fysioterapeuttia että potilasta. Emme käyttäneet videoita ja fysioterapeutin haastatteluja aineistona, vaan ne taltioitiin muun tutkimusryhmän käyttöä varten. Videointi saattoi kuitenkin vaikuttaa jollain tavalla ohjaukseen, ja siten myös potilaiden mielipiteisiin ohjauksesta. Ohjaus olisi saattanut olla erilaista ilman videointia ja meidän läsnäoloa ohjaustilanteessa.

Haastatteluteemapohja, jonka saimme tutkimushankkeen työryhmältä, sisälsi paljon sellaista mikä teki opinnäytetyömme fokuksen epäselväksi. Aluksi oli tarkoitus, että olisimme tehneet analyysin myös potilaiden käsityksistä terapian sisällöstä, mutta se osoittautui liian suuritöiseksi. Haastatteluteemoissa oli siis mukana kysymyksiä terapian sisällöstä. Hämmennystä haastateltaville tuotti se, että kyselimme haastateltavilta terapian sisällöstä, vaikka olimme juuri olleet kuvaamassa kyseistä terapiatilannetta. Tämä vaikutti osaltaan siihen, että alkupään haastattelut muodostuivat tenttaaviksi ja kuulustelun omaisiksi niin kuin aiemmin eettisyyden pohdinnassa mainittiin.

Jälkeenpäin ajatellen ei ehkä ollut mielekästä yrittää saada tietoa terapian sisällöstä ja harjoitteiden suorittamisesta leikkauksesta toipuvalta potilaalta, jonka muisti ei ollut parhaimmillaan leikkauksen ja sen jälkeisen lääkityksen väsyttävyyden vuoksi. Mikäli haastattelumme olisi keskittynyt vain potilaan kokemukseen ja käsityksiin fysioterapiaohjauksesta, olisi haastattelutilanteesta mahdollisesti muodostunut välittömämpi. Olisimme myös ehkä saavuttaneet paremmin potilaan luottamuksen ja saaneet siten monitahoisempia vastauksia.

Epäselväksi jäi myös se, kuinka hyvin potilaat pystyivät erottamaan tutkimuksen kohteena olevan fysioterapiaohjaamisen koko leikkausprosessin hoitoketjusta. Pyrimme haastattelujen yhteydessä tuomaan alusta asti selkeästi ilmi, että keskitymme haastattelussa ainoastaan



fysioterapian osuuteen. Tästä huolimatta useat potilaat kertoivat muun muassa leikkaushaavan hoito-ohjeista. Tämä sekaannus on saattanut vaikuttaa opinnäytetyön validiteettiin.

Oma kokemattomuutemme tutkimuksen tekemisessä on todennäköisesti vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen niin haastattelun toteuttamisen, kuin sisällönanalyysin osalta. Tee-mahaastattelun toteuttaminen tuotti haasteita ja etenkin sisällönanalyysivaiheessa huomaisimme, että monet kysymykset olivat johtaneet kyllä - tai ei -vastauksiin. Näitä vastauksia emme pystyneet sisällyttämään analyysiin, vaan menetimme kysymyksenasettelun tietoa.

Koko tutkimushankkeen etnograafinen luonne on saattanut vaikuttaa opinnäytetyön tuloksiin. Tutkimusprosessi yhden tutkimukseen osallistuvan potilaan osalta on sisältänyt haastattelun ja videoinnin kotona ennen leikkausta, sairaalassa preoperatiivisella käynnillä, sairaalassa kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä sekä kotona noin kolme viikkoa leikkauksen jälkeen. Tällaiseen tutkimukseen mukaan lähteminen edellyttää mielestämme tutkimukseen osallistuvalla hyviä voimavaroja, sekä jo ennalta positiivista asennetta tutkimuksen aiheeseen. Leikkaukseen ja fysioterapiaan epäilevästi suhtautuva ihminen ei ehkä ennen leikkausta ole innostunut sitoutumaan näin aikaa vievään ja intiimiin prosessiin. Haasteltavien valintaan liittyvät käytännöt ja kriteerit on esitelty edellisessä eettisyyttä käsittelevässä luvussa. Mikäli haastateltavat olisi valittu vasta leikkauksen jälkeen tai kysymys olisi ollut vain yhdestä haastattelutuokiosta, olisimme saattaneet saada mukaan myös vähemmän tyytyväisiä potilaita.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään välttämään virhetulkintoja ja arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Jos kaksi eri tutkijaa päätyy samaan lopputulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja tullaan samaan tulokseen, voidaan tutkimus todeta reliaabeliksi. Reliabiliteetti tarkoittaa myös sitä, että tutkimus ei sisällä ristiriitaisuuksia. (Eskola & Suoranta 1998, 211–215.)

Olemme opinnäytetyössämme pyrkineet reliabiliteettiin. Kumpikin opinnäytetyöparista merkitsi opinnäytetyön kannalta merkittävät alkuperäisilmaukset itse, jonka jälkeen vertasimme saamiamme tuloksia ja kokosimme yhteisymmärryksessä merkittävät ilmaukset sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysiä teimme yhdessä, mutta sisällönanalyysin ollessa lähes valmis tarkistimme kukin tahoillamme sisällönanalyysin vastaavuutta tutkimuskysymykseen ja sisällönanalyysin luokittelua. Tämän jälkeen teimme tarvittavat muutokset yhdessä. Päätimme, ettemme tee sisällönanalyysiä kukin tahoillamme ja sen jälkeen vertaa tekemiämme analyysieja keskenään aineiston laajuuden vuoksi. Aineiston analyysiin olisi kulunut liikaa aikaa, ja uskomme, että saimme aineistosta enemmän irti, kun teimme sisällönanalyysiä yhdessä. Lisäksi saimme

aineiston analyysiin apua opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta sekä tutkimushankkeen johtajalta.

Olemme pyrkineet tekemään aineistolähtöistä sisällönanalyysia mahdollisimman avoimin mielin, mutta omat ennakkokäsityksemme ja tietomme ohjauksesta ovat varmasti jonkun verran ohjanneet esimerkiksi luokkien nimeämistä. Olisimme saattaneet nimetä luokat eri tavalla, jos meillä olisi ollut vähemmän tai enemmän tietoa fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Pyrimme kuitenkin luokkien nimeämisessä siihen, että luokkien nimet nousevat aineistosta, eivätkä teoriasta.

Validiteetti (sisäinen ja ulkoinen) on toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite. Sillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointua. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen johtopäätösten ja tulkintojen sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Tutkimus on validi, jos se vastaa tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta. (Eskola & Suoranta 1998, 211–215; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 216; Varto 1992, 103.) Opinnäytetyömme on mielestämme validi. Olemme pystyneet selvittämään potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksesta niin kuin tehtävänä oli. Laadullinen tutkimusmenetelmä ja teemahaastattelu aineiston hankintamenetelmänä sopivat hyvin käsitysten ja kokemuksen tutkimukseen. Opinnäytetyössä on toteutunut myös ulkoinen validiteetti. Olemme näyttäneet suhteen tulosten ja johtopäätösten välillä kirjoittamalla analyysiprosessin auki sekä lisäämällä työhön suoria lainauksia.

Tutkimuksen aloittamisen aikataulu venyi meistä riippumattomien tekijöiden vuoksi. Tämän seurauksena myös aineiston analyysi ja raportin kirjoittamisvaihe viivästyi, kun toinen meistä lähti keväällä ulkomaille työharjoitteluun ja sen jälkeen oli vielä kesäloma. Emme siis päässeet tekemään opinnäytetyötä alun perin suunnittelemassa aikataulussa. Kokonaisuudessaan tutkimusprosessi venyi noin puolentoista vuoden mittaiseksi aiesopimuksen ja tutkimussuunnitelman tekemisestä lopullisen työn esittämiseen. Mielenkiintomme ja motivaatiomme intensiteetti opinnäytetyöhön vaihteli tänä aikana suuresti, eikä työ aina tuntunut kovin mielenkiintoiselta. Toisaalta analyysivaiheen venyminen toi analyysin tekemiseen uutta näkökulmaa, kun aineistoon otti välillä välimatkaa ja palasi sen pariin uudestaan myöhemmässä vaiheessa, jolloin pystyi katsomaan aiempia päätelmiään ikään kuin uusin silmin.

#### 9.4 Jatkotutkimusaiheet

Alkuperäinen tarkoituksemme oli käsitellä tässä opinnäytetyössä myös fysioterapeuttien käsityksiä ohjauksesta ja verrata heidän käsityksiään potilaiden käsityksiin. Se miten, potilaat käsittävät ja kokevat fysioterapiaohjauksen on varmasti eri asia kuin se, miten fysioterapeutit

käsittävät ohjauksen. Valitettavasti resurssimme eivät riittäneet tällaiseen vertailuun, vaan opinnäytetyöstä olisi tullut liian laaja. Potilaiden haastattelujen yhteydessä haastattelimme myös fysioterapeutteja, joten aineisto tällaiseen vertailuun on jo olemassa ja olisi mielenkiintoista selvittää miten yhtäläisiä tai eroavia käsitykset ovat.

Toinen mielenkiintoinen aihe olisi tutkia enemmän fysioterapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Potilaiden tyytyväisyys fysioterapiaan on pitkälti tyytyväisyyttä vuorovaikutukseen, joten olisi mielenkiintoista tutkia millaista vuorovaikutus on. Tässä opinnäytetyössä ei ollut mahdollisuutta selvittää sitä, onko lonkan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapia näyttöön perustuvaa, ja saavatko potilaat tämän hetkiseen tietoon perustuvaa ohjausta. Tämä olisi myös mielenkiintoinen tutkimusaihe.

Tässä opinnäytetyössä haastatelluille potilaille tehtiin toisen opinnäytetyön puitteissa seuranta-haastattelu kolmen viikon kuluttua kotiutumisesta. Sen tarkoituksena on selvittää miten potilaat ovat selviytyneet saamansa ohjauksen avulla kotona sekä millaisia käsityksiä heillä on sairaalassa saamastaan ohjauksesta kotiutumisen jälkeen. On mielenkiintoista saada tietää ovatko potilaiden käsitykset muuttuneet, sekä miten he kokevat ohjauksesta saadun hyödyn kotiutumisen jälkeen.

## Lähteet

Baker, S., Marshak, H., Rice, G., & Zimmerman, G. 2001. Patient participation in Physical Therapy Goal Setting. *Physical Therapy* vol. 81 (5) 1118-1126.  
<http://www.ptjournalonline.org/cgi/reprint/81/5/1118> Luettu 30.8.2010.

Burnard, P. 2005. *Counselling Skills for Health Professionals*. 4th edition. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd. [http://www.google.com/books?hl=fi&lr=&id=xQlqC-\\_49wEC&oi=fnd&pg=PR6&dq=encourage+counselling&ots=dTUtPvZAYw&sig=LmtclsPLrFa2GeBSBMckjdhqHU#v=onepage&q=encourage%20counselling&f=false](http://www.google.com/books?hl=fi&lr=&id=xQlqC-_49wEC&oi=fnd&pg=PR6&dq=encourage+counselling&ots=dTUtPvZAYw&sig=LmtclsPLrFa2GeBSBMckjdhqHU#v=onepage&q=encourage%20counselling&f=false) Luettu 20.9.2010.

Butler, C., Rollnick, S. & Stott, N. 1996. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. Department of General Practice, College of Medicine, University of Wales, Llanedeyrn Health Centre, Cardiff, Wales. *Canadian Medical Association Journal*. 1996 May 1; 154(9): 1357-1362.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487698/pdf/cmaj00093-0055.pdf> Luettu 16.9.2010.

Dreeben, O. 2010. *Patient Education in Rehabilitation*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.  
[http://books.google.com/books?id=iogMLHuG0tsC&pg=PA54&dq=patient+empowerment+encouraging&hl=fi&ei=QWmcTlv1IciJ4gby8diJDQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=9&ved=0CE8Q6AEwCA#v=onepage&q=patient%20empowerment%20encouraging&f=false](http://books.google.com/books?id=iogMLHuG0tsC&pg=PA54&dq=patient+empowerment+encouraging&hl=fi&ei=QWmcTlv1IciJ4gby8diJDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CE8Q6AEwCA#v=onepage&q=patient%20empowerment%20encouraging&f=false) Luettu 24.9.2010.

Eskola, J. & Suoranta J. 1999. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 4. painos. Jyväskylä: Vastapaino.

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 24.9.2010.

Friberg, F. & Hansson Scherman, M. 2005. Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scan J Caring Sci*; 19; 274–279. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2005.00341.x/pdf> Luettu 9.9.2010.

Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Julkaisussa Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen. Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.  
[http://www.ppshep.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf) Luettu 20.9.2010.

Heliövaara, M., Slätis, P. & Paavolainen, P. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97449.pdf> Luettu 27.8.2010.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. *Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

HYKS. 2008. *Lonkan/Polven tekonivelleikatun fysioterapiaprosessi*. Operatiivinen tuloksikkö, Fysioterapia/Peijas. Vantaa.

Hämäläinen, A. & Seppänen, H. 2005. Lonkan tekonivelleikkauspotilaiden elämän laatu ja toimintakyky. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8281/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2005388.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8281/URN_NBN_fi_jyu-2005388.pdf?sequence=1) Luettu 10.9.2010.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jesudason, C. & Stiller, K. 2002. Are bed exercises necessary after hip arthroplasty? Australian Journal of Physiotherapy 48: 73-81.  
[http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol\\_48/2/AustJPhysiother48i2Jesudason.pdf](http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol_48/2/AustJPhysiother48i2Jesudason.pdf) Luettu 10.9.2010

Järvikoski, A. 2000. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2 - ohjauksen toimintakentät. Porvoo: PS-kustannus. 246–257.

Kettunen, J. 2009. Lonkan nivelrikkopotilaan tekonivelleikkauksen jälkeinen fysioterapia. Suomen fysioterapeutit. Luettu 4.3.2010.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p\\_artikkeli=sfn00003](http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfn00003)

Kettunen, J., Häkkinen, A., Kangas, H., Multanen, J., Ulaska, M. & Virtapohja, H. 2009. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Hyvä fysioterapia käytäntö. Suomen fysioterapeutit.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p\\_artikkeli=sfs00001#s11](http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001#s11) Luettu 4.3.2010.

Korte, R., Rajamäki, A. & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. Porvoo: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito. 2007. Polvi- ja lonkan nivelrikon hoito. 23.1.2007. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.  
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054#s12\\_4](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054#s12_4) Luettu 30.8.2010.

Lahikainen, S. 2000. Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtia ja näköaloja kuntoutuksessa. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2 - ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS-kustannus. 258–278.

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2008. Opinnäytetyöohje.  
[https://intra.laurea.fi/intra/fi/02\\_opiskelu/02\\_opiskelu\\_osa2/01\\_opinnot/05\\_opinnaytetyo/01\\_ont\\_ohjeet/Opinnaytetyoohje\\_18120821227.pdf](https://intra.laurea.fi/intra/fi/02_opiskelu/02_opiskelu_osa2/01_opinnot/05_opinnaytetyo/01_ont_ohjeet/Opinnaytetyoohje_18120821227.pdf) Luettu 10.8.2010.

Leskelä, J., Viitanen, E. & Piirainen, A. 2005. Client feedback on physiotherapy counselling in primary health care. Patient Education and Counseling 56 (2005), 218-244.  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6TBC-4CJVJ7M-4&\\_user=953156&\\_coverDate=02%2F28%2F2005&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1456779863&\\_rerunOrigin=google&\\_acct=C000049240&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=953156&md5=cb87e861b069e50a003d2e22da77295d&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TBC-4CJVJ7M-4&_user=953156&_coverDate=02%2F28%2F2005&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1456779863&_rerunOrigin=google&_acct=C000049240&_version=1&_urlVersion=0&_userid=953156&md5=cb87e861b069e50a003d2e22da77295d&searchtype=a) Luettu 10.9.2010.

Liuhanen, M., Nieminen, H., Rajala, H. & Rönkkö, V. 2007. Potilasopas lonkan tekonivelleikkausta. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.  
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/28140/stadia-1193833542-5.pdf?sequence=1> Luettu 4.3.2010.

Liuska, M. 2001. "... sekavalta tuntui, eikä minulta kysytty mitään." - Lonkan tekonivelleikkauspotilaan mielipiteitä saamastaan ohjauksesta. Sosiaali- ja terveysala. Terveysalan opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Montin, L. (toim.) 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008. Turku: Turun yliopisto.

Mäkelä, A., Ruukonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mykrä, T. 2007. Työpaikkaohjaaja oppimisen edistäjänä - opiskelijan ohjaaminen ja arviointi työpaikalla. Opetusministeriö ja opetushallitus. <http://www.educa-instituutti.fi/media/julkaisut/tyopaikkaohjaaja-oppimisen-edistajana.pdf> Luettu 20.9.2010.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus - dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Nupponen, R. 1998. What is counseling all about— Basics in the counseling of health-related physical activity. Patient Education and Counseling 33 (1998) S61-S67. [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6TBC-3YN3PD5-8&\\_user=953156&\\_coverDate=04%2F01%2F1998&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1464366127&\\_rerunOrigin=google&\\_acct=C000049240&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=953156&md5=43b675f0c6b04b3083e044c66b2b2d51&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TBC-3YN3PD5-8&_user=953156&_coverDate=04%2F01%2F1998&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1464366127&_rerunOrigin=google&_acct=C000049240&_version=1&_urlVersion=0&_userid=953156&md5=43b675f0c6b04b3083e044c66b2b2d51&searchtype=a) Luettu 17.9.2010.

Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian käsittelyä. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Onnismäa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudemus.

Ots, I. 2009. Toipuvan potilaan mielipiteitä fysioterapeuttisista kotiohjeista. Sosiaali- ja terveysala. Fysioterapian opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.

Parry, R. 2004. Communication during goal -setting in physiotherapy treatment sessions. Clinical Rehabilitation 2004; 18: 668-682. <http://cre.sagepub.com/content/18/6/668.full.pdf+html> Luettu 17.9.2010.

Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaan fysioterapian tavoitteet ja sisältö - Coxan malli. Teoksessa: Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu osa 3, Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 7, 55–59. Tampere

Piirainen, A. 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde - Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 207. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Helsinki: Tammi.

Potter, M., Gordon, S. & Hamer, P. 2003. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. Australian Journal of Physiotherapy 49:159-202. <http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/49-3/AustJPhysiother49i3Potter.pdf> Luettu 19.3.2010.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.) 2004. Kirurgia. Jyväskylä: Duodecim.

Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. & Pätiälä, H. 2003. Ortopedia. 2. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Routio, P. 2007. Kyselevät tutkimustavat.  
<http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/064.htm#teemahaas> Luettu 10.9.2010.

Ryan, R. & Deci, E. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. Summary.  
[http://acawiki.org/Self-determination\\_theory\\_and\\_the\\_facilitation\\_of\\_intrinsic\\_motivation,\\_social\\_development,\\_and\\_well-being](http://acawiki.org/Self-determination_theory_and_the_facilitation_of_intrinsic_motivation,_social_development,_and_well-being)

Smith, T., Mann, C., Clark, A. & Donell, S. 2008. Bed exercises following total hip replacement: a randomized controlled trial. *Physiotherapy* 94 (2008), 286-291.  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B7CVK-4S3G9SF-1-7&\\_cdi=18081&\\_user=953156&\\_pii=S0031940608000059&\\_origin=search&\\_coverDate=12%2F31%2F2008&\\_sk=999059995&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzV&md5=128d1f82ddac08165449dcdaf9b11eba&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B7CVK-4S3G9SF-1-7&_cdi=18081&_user=953156&_pii=S0031940608000059&_origin=search&_coverDate=12%2F31%2F2008&_sk=999059995&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzV&md5=128d1f82ddac08165449dcdaf9b11eba&ie=/sdarticle.pdf) Luettu 3.9.2010.

Stevens, M., Wagenmakers, R., Groothof J., Bulstra, S., van den Akker-Scheek, I. & Zijlstra, W. 2007. Physical activity behavior after total hip arthroplasty (THA): A prediction based on patients characteristics. *Patient Education and Counseling*. 69 (2007) 196–199. Elsevier.

Stogiannidis, I., Puolakka, T., Halonen, P., Pajamäki, J., Syrjä, H., Konttinen, Y., Virtanen S. & Lehto, M. 2007. Lonkan pinnoitetekonivel - vaihtoehto perinteiselle tekonivelelle. *Suomen Lääkärilehti* 48/2007.  
[http://www.unisi.it/ricerca/centri/crisma/FEPA/publications/konttinen\\_lonkan.pdf](http://www.unisi.it/ricerca/centri/crisma/FEPA/publications/konttinen_lonkan.pdf) Luettu 31.8.2010.

Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit & FYSI ry. 2007. Fysioterapianimikkeistö 2007.  
[http://www.kunnat.net/k\\_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&urli=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHAabc5B.html](http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;161;83767;83768;83769&urli=http://apps.kunnat.net/sc/google/GHAabc5B.html) Luettu 10.9.2010.

Suomen nivelyhdistys ry. 2010. Lonkka. <http://www.tekonivel.net/lonkka.htm> Luettu 26.9.2010.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima.

Talvitie, U. 2003. Vammaisen toiseus fysioterapeuttisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Mansikkamäki, T. (toim.) Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen. Suomen fysioterapialiitto.

Trede, F.V. 2000. Physiotherapists' Approaches to Low Back Pain Education. *Physiotherapy* 8, 427 - 433.  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B7CVK-4H9YR2P-6&\\_user=953156&\\_coverDate=08%2F31%2F2000&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_origin=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1456857439&\\_rerunOrigin=scholar.google&\\_acct=C000049240&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=953156&md5=78fac7a545c5227653a3094dcd029129&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B7CVK-4H9YR2P-6&_user=953156&_coverDate=08%2F31%2F2000&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1456857439&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000049240&_version=1&_urlVersion=0&_userid=953156&md5=78fac7a545c5227653a3094dcd029129&searchtype=a) Luettu 10.9.2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuorila, H. 2000. Onnistunut lääkärisäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita.

Töttö, P. 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle. 2002. 4. Kuntoutujan asema ja vaikutusmahdollisuudet.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/luku4.htm> Luettu 30.8.2010.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Kirjayhtymä.

Veijola, A. & Larivaara, P. 2001. Asiakslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. Fysioterapia vol. 48, nro 3; 14–16.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.



## Liitteet

### Liite 1 Haastatteluteemat

#### Potilaan haastattelu:

##### Koko sairaalajakson fysioterapiaohjaus

- Olo leikkauksen jälkeen (Onko kipua?)
- Mitä sairaalavaiheen fysioterapiasta on jäänyt mieleen?
- Fysioterapian tavoitteet
  - miten asetettiin
  - omat toiveet ja tavoitteet
  - miten huomioitiin?
- Ohjauksen sisältö
  - harjoitteet
    - Miten tulisi tehdä kotona
    - tavoitteet/tarkoitus
- Miten kokenut ohjauksen (Onko ohjaus ollut selkeää ja johdonmukaista?)
- Potilaan ja fysioterapeutin välinen vuorovaikutus (Kuunteliko fysioterapeutti mitä sanoitte, saiko tuotua mieltä askarruttavat asiat esille, ymmärsittekö fysioterapeutin ohjeita, jäikö jotain epäselvää)
- Miten potilas on huomioitu ohjauksessa (yksilölliset tarpeet, kipu?)
- Ohjauksen hyöty (Minkälaista hyötyä?)
- Mikä on ollut ohjauksessa tärkeintä?
- Miten koki fysioterapeuttiseen ohjaukseen varatun ajan, oliko se riittävä?
- Muuttaisiko ohjausta jotenkin? Miten?
- kirjalliset ja suulliset ohjeet kotiutumista varten (Riittävät?)
- Odotukset kotona pärjäämiselle (Mitä vaikeuksia)

##### Äskeinen ohjaustilanne

- Miten koki äskeisen tilanteen?
- Millainen äskeisen ohjaustilanne oli verrattuna aikaisempiin ohjaustilanteisiin?
- Potilaan huomiointi tilanteessa

Onko vielä jotain mitä haluaisit kertoa?

20.11.2009

## TIEDOTE:

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, joka käsittelee fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksessa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ja kehittää potilasohjauskäytänteitä [REDACTED] fysioterapiassa.

Tutkimuksessa tietoa kerätään videoimalla sekä haastatteleamalla. Teidän odotuksianne ja käsi-tyksiänne fysioterapiaohjauksesta kartoitetaan teemahaastattelulla ennen leikkausta, leikkausta edeltävän ohjauskäynnin jälkeen sekä leikkauksen jälkeen. Haastatteluteemat liittyvät toimintakykyyn, odotuksiin fysioterapiasta ja kokemuksiin toteutuneesta fysioterapiaohjauksesta ja sisäl- löstä, omiin harjoituksiin ja niiden merkitykseen toipumisessa.

Toimintakykyä kartoitetaan videoimalla toimintaa kotona ennen leikkausta ja leikkauksen jäl- keen. Seuraavat toiminnot videoidaan: kävely, vuoteeseen meno ja ylösnousu, sukki- en/kenkien pukeminen, omat harjoitukset ja mahdollisesti porraskävely, jos kotona/kotiin on portaita. Lisäksi fysioterapiatilannetta sairaalassa videoidaan ohjauskäynnillä sekä fysioterapiatilanteessa leik- kauksen jälkeen.

Haastatteluun ja videointiin ennen ja jälkeen leikkauksen saa varata aikaa noin 2 tuntia. Nämä toteutetaan Teidän kotona.

Sairaalassa videointi suoritetaan normaalin fysioterapiatapaamisen yhteydessä.

Tutkimuksesta ei koidu Teille mitään vaaraa ja sen voi halutessaan keskeyttää. Keskeyttäminen ei aiheuta mitään hankaluutta Teille jatkohoidossa.

Tutkimuksessa esiin tulevat tiedot ovat täysin luottamuksellisia eikä kenenkään henkilöllisyyttä voida tutkimuksen tuloksia lukiessa saada selville. Tutkimusaineistoa käsittelee vain tutkimuk- sen toteutukseen osallistuvat henkilöt eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille.

Tutkimus on Teille täysin vapaaehtoista ja tutkimuksesta ei koidu Teille ylimääräisiä kuluja.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat tutkimuksen toteutuksen vastuhenkilö: fysioterapian osastonhoitaja, [REDACTED]

Tutkimuksen vastuulääkärinä toimii [REDACTED]

## KIITOKSET JO ETUKÄTEEN OSALLISTUMISESTANNE TUTKI- MUKSEEN!

31.8.2009

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA:

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen [REDACTED] sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kehittää potilasohjausta fysioterapiassa lonkan tekonivelleikkauksessa. Tiedon hankinnassa käytetään videointia ja haastattelua.

Olen saanut tutkimuksesta riittävän kirjallisen ja suullisen selvityksen, minkä myös allekirjoituksellani vahvistan. Olen myös tietoinen siitä, että tietoni pysyvät luottamuksellisina ja tutkimustuloksista ei voi henkilöllisyyttäni päätellä. Lisäksi voin halutessani tutkimuksen keskeyttää ilman, että siitä aiheutuu minulle mitään haittaa jatkohoidossa.

Vantaalla päivänä \_\_\_\_\_ kuuta 2010.

Suostumuksen antajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan nimi: \_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan syntymäaika : \_\_\_\_\_

Suostumuksen antajan kotiosoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[REDACTED]  
Tutkimuksen vastuuhenkilö [REDACTED]

Suostumuksen vastaanottanut